

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 39

Année scolaire 1940-41

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 avril 1941

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Georges GUILLEMIN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Aide d'Anatomie à la Faculté de Lyon

Né le 29 mai 1912, à CORMATIN (Saône-et-Loire)

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE

177, avenue Félix-Faure

1941

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 39

Année scolaire 1940-41

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 avril 1941

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Georges GUILLEMIN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Aide d'Anatomie à la Faculté de Lyon

Né le 29 mai 1912, à CORMATIN (Saône-et-Loire)

LYON
IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, avenue Félix-Faure

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVÉ-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie Interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale.....		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....		MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THÉVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	FROMENT (R.)
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAT	MARTIN (P.-E.)
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFFAULT
CREYSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COTTE, *président*;
SANTY, ROCHET, BERTRAND, *assesseurs*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE,
LE DOCTEUR EUGÈNE GUILLEMIN.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES,
HENRI, PIERRE, ROBERT.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR GASTON COTTE,
Professeur de Clinique Gynécologique.

Nous avons été séduit par la rigueur et la probité de ses conceptions ; il nous a montré l'exemple d'une stricte discipline de travail. Les marques de confiance qu'il nous a témoignées au cours d'un semestre d'internat à la Clinique Gynécologique nous ont profondément touché.

Il nous a fait, de plus, le grand honneur de nous confier un sujet qui lui est cher ; nous avons fait de notre mieux pour traduire le plus fidèlement ses idées.

Nous sommes heureux de lui dire notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SANTY,
Chirurgien des Hôpitaux.

Au cours de deux semestres passés dans son service, nous avons été enthousiasmé par la maîtrise de son art : nous lui devons notre orientation chirurgicale ; nous espérons bientôt profiter à nouveau de son enseignement. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Il connaît aussi les raisons particulières de la très grande reconnaissance que nous avons pour lui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
PHILIPPE ROCHET,
Chirurgien des Hôpitaux.

Dans l'atmosphère cordiale de son service nous avons aimé, autant que la précision de sa technique et la clarté de son enseignement, son caractère et la franchise de sa parole.

Nous sommes très touché de le compter parmi nos juges, et nous l'assurons de nos sentiments bien vifs de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

PIERRE BERTRAND,

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous est difficile d'apprécier à sa valeur tout ce que nous lui devons, et nous restons profondément ému de l'amicale bonté dont il nous entoure.

Nous avons eu la chance et la fierté d'appartenir à son ambulance et nous avons pu estimer la valeur de l'homme et apprécier les qualités du chef.

Qu'il soit assuré de notre absolu dévouement et de notre fidèle et respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYCELON,
Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous a témoigné son affectueuse sollicitude dans des circonstances qui nous ont permis de le mieux connaître. Nous le remercions de s'être intéressé à nous et de nous faire profiter de son enseignement en nous acceptant dans sa conférence.

Nous l'assurons de nos sentiments respectueux et dévoués.

A MES CONFÉRENCIERS

D'INTERNAT :

MESSIEURS LES DOCTEURS

L. MANSUY, A. VACHON, J. ROGET, A. TRILLAT.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC,

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY.

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON,

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WERTHEIMER,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHET.

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ

Laboratoire d'Anatomie :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LATARJET,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GABRIELLE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAVEL.

Laboratoire de Médecine Opératoire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BERTRAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MALLET-GUY.

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS
MORTS POUR LA FRANCE.

A MES CAMARADES PRISONNIERS.

A GABRIEL DESPIERRES, *Interne des Hôpitaux*,
En témoignage d'une vieille et solide
amitié.

A MES CAMARADES DE L'AMBULANCE
CHIRURGICALE LÉGÈRE 256.

INTRODUCTION

En abordant ce sujet, nous n'avons pas la prétention de faire œuvre de nouveauté. L'hystérectomie vaginale qui, pendant de longues années en France, avait été sinon complètement abandonnée, du moins bien délaissée, a retrouvé depuis quelque temps un peu de sa grandeur passée.

Élevé dans les disciplines de la Clinique gynécologique de Lyon, Clinique illustrée par LAROYENNE et ses élèves GOULLIoud et CONDAMIN, puis par Auguste POLLOSSON qui lui donna un lustre tout particulier, notre Maître le Professeur COTTE a toujours été séduit par les possibilités chirurgicales qu'offrait la voie vaginale ; ses travaux importants sur le traitement des prolapsus, l'intérêt qu'il porte à toute la chirurgie vaginale expliquent qu'il soit resté fidèle à une intervention qui mérite mieux que le discrédit où elle est tombée. Il lui a semblé que le moment était venu de faire le point sur les indications et sur la valeur de cette intervention. Ce moment paraît d'autant plus opportun que les chirurgiens étrangers n'ont jamais cessé d'apporter leurs résultats en des statistiques impressionnantes par leur importance et par leur qualité ; ces dernières années, à Paris,

beaucoup de publications, beaucoup de thèses ont aussi contribué au renouveau de l'hystérectomie vaginale.

M. le Professeur COTTE nous a fait l'honneur de nous donner un sujet qu'il a à cœur, et nous le remercions de la confiance qu'il nous a témoignée en nous remettant ses observations et en nous faisant bénéficier de son expérience.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à M. le Professeur agrégé Pierre BERTRAND, qui ne nous a ménagé ni ses conseils, ni son temps, dans l'élaboration de ce travail.

Le plan de ce travail comporte quatre chapitres :

- I. — Historique.
 - II. — Technique.
 - III. — Indications.
 - IV. — Résultats.
-

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

PALETTA, le premier (13 avril 1812) enlève la totalité de l'utérus par voie vaginale, mais ce fut une méprise de sa part ; il ne voulait qu'amputer un col cancéreux et c'est en fin d'intervention que, pièce en mains, il reconnut avoir enlevé l'utérus en entier.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que c'est SAUTER, de Constance, qui conçut, le premier, l'idée de cette opération et qui l'exécuta avec succès d'ailleurs le 22 janvier 1822 ; il s'exprime ainsi dans son compte rendu : « Je procédai à l'opération le 22 janvier 1822. Je plaçai la malade horizontalement et en travers du lit ; les genoux étaient tenus par mes aides ; la vessie et le rectum avaient été préalablement vidés. Je tentai d'abord d'abaisser l'utérus avec un doigt agissant comme un crochet, mais les fongosités le déchirèrent et saignèrent sans que la matrice descendit aucunement ; il fallut y renoncer ; j'introduisis alors l'index et le médius gauches sous le pubis jusqu'au col ; je glissai entre ces deux doigts un couteau convexe, arrondi par le bout, à manche

long et fixe, avec lequel je coupai le vagin sur l'utérus, en faisant immédiatement pénétrer un doigt dans l'ouverture que j'achevai tout autour du vagin, ce qui eut lieu sans interruption et sans accident. Pour détruire les attaches latérales, j'introduisis de nouveau un doigt dans l'utérus pour l'attirer en bas, tandis qu'avec le manche du couteau et avec l'index droit je déchirai le tissu cellulaire ; mais l'adhérence était si forte que ce moyen ne réussit pas. Une masse de fongosités se déchirèrent et vinrent faire saillie à la vulve. J'employai alors une compresse avec laquelle je saisis la paroi antérieure du col et la tirai tandis qu'avec le manche du couteau et une spatule de baleine je cherchai à détacher l'utérus de la vessie — mais plusieurs tentatives furent vaines — la pince échappa en emportant avec elle une portion de la tumeur.

« L'opération durait depuis une demi-heure et je n'avais pu effectuer ni l'abaissement de l'utérus, ni sa séparation d'avec le péritoine. La malade perdait patience, elle s'affaiblissait par la perte de sang dont la plus grande partie provenait du déchirement des fongosités.

« Alors je changeai de plan, je renonçai à toute espèce d'abaissement ou de séparation et me déterminai à couper net au-dessus du fond de l'utérus. Pour cela, j'introduisis deux doigts de la main gauche dans le vagin entre la vessie et l'utérus, je conduisis entre eux deux scalpels, je saisis avec l'index recourbé une portion du tissu cellulaire, puis je coupai près de l'utérus jusqu'à ce que mes doigts parvinssent

dans l'abdomen ; ensuite je coupai de même peu à peu le péritoine en avant et en haut jusqu'aux adhérences latérales naturelles les plus élevées ; j'introduisis alors toute la main gauche dans le vagin et pénétrai par l'ouverture du péritoine dans la cavité où je détachai de chaque côté de l'utérus les ovaires et les ligaments latéraux. J'appliquai alors la main sur le fond de l'utérus et les ligaments latéraux et cherchai à le renverser en avant, mais les intestins se précipitèrent dans le vagin : je les fis maintenir par un aide et réussis à renverser l'utérus et à attirer son fond jusqu'à la vulve. J'achevai avec l'instrument tranchant de détacher l'utérus de la paroi postérieure du vagin et de ses attaches latérales ce qui eut lieu très aisément et très sûrement, les parties étant exposées à la vulve... Excepté l'hémorragie dont j'ai parlé, il n'y eut que celle qui provint d'un petit vaisseau coupé vers la fin de l'intervention et qu'on arrêta avec les doigts. La malade perdit environ une livre et demie de sang (1). »

Son procédé était assez sommaire et l'on s'étonne que la malade, qui présentait un cancer et chez laquelle l'intervention avait été réalisée sans ligatures, ait pu survivre quatre mois.

Pendant les années qui vont suivre (de 1822 à 1829) des tentatives sont faites, mais le succès ne vient pas en récompenser l'audace : en 1824, HÆLSCHER et DE SIEBOLD opèrent deux malades ; ils les perdent dès le premier jour. En 1825, nouvelles tentatives de

(1) SAUTER, Extirpation totale de l'utérus, pratiquée avec succès, *in Arch. de Méd.*, 1824, p. 163.

SIEBOLD sans plus de résultat, et de LANGENBECK qui opèrent deux malades ; l'une survit quatorze jours. En 1828, BLUNDELL pratique quatre fois l'intervention ; il préfère commencer par séparer le vagin de la matrice, fait culbuter cet organe par un mouvement de rétroversion, et termine en séparant l'organe de la vessie et de la partie antérieure du vagin : trois de ces malades meurent rapidement, une survivra un an. La même année, BANNER et LIZARS opèrent chacun une malade sans succès.

Tels étaient les résultats des chirurgiens allemands et anglais, lorsque, le 26 juillet 1829, un Français, RÉCAMIER, opère sa première malade et pratique le premier, en fait, une intervention précise, bien réglée dans la technique, avec l'emploi systématique des ligatures préalables. Voici le compte rendu qu'en donnèrent à l'époque MM. les Docteurs BALLY, médecin de l'Hôtel-Dieu, BRESCHET, PATRICE, GIBERT, agrégé de la Faculté, qui assistèrent à l'intervention et suivirent la malade jusqu'au jour de sa sortie du service :

« La malade était tenue par les aides sur le pied d'un lit disposé comme pour la lithotomie. Deux pinces de Museux ayant les manches recourbés à angle droit, sont fixées sur la partie saillante du col et confiées à un aide qui exerce une traction lente, forte et continue afin d'abaisser le corps utérin autant que possible. Ce premier temps de l'opération fut le plus douloureux. M. RÉCAMIER explore alors le vagin qui n'a pas suivi la matrice dans son déplacement et procède de suite à la section du vagin. L'indicateur

gauche sert de conducteur à un bistouri en rondache, tranchant seulement à son extrémité, et qui divise la muqueuse vaginale à l'endroit où elle se replie sur le museau de tanche. Alors le doigt seul pénètre dans l'incision et divise le tissu cellulaire qui unit le col utérin au bas-fond de la vessie. Cette séparation est faite dans l'étendue de deux pouces. Arrivé au péritoine, le bistouri le divise comme la muqueuse et alors le doigt peut explorer le fond de l'utérus.

« Les ligaments ronds sont tendus par suite de l'abaissement de l'utérus ; un bistouri contourné est conduit sur l'endroit où ses replis membraneux s'insèrent sur l'angle de l'utérus et les divise dans les deux tiers de leur hauteur. La malade n'avait pas perdu une once de sang et elle se plaignait fort peu.

« L'indicateur gauche recourbé à angle aigu, embrasse le reste du ligament large, tandis que la main droite, armée d'une longue aiguille à manche, traverse la partie supérieure de la muqueuse vaginale et porte une ligature qui sort en arrière où elle rencontre l'indicateur gauche. -- La ligature est saisie et ramenée du dehors, où elle est confiée à un aide qui place un serre-nœud à coulant et comprime les parties qu'elle entoure. La même chose est faite de l'autre côté et, dès lors, toute crainte d'hémorragie est détruite.

« Cela étant achevé, le corps de l'utérus est ramené en avant, attiré en dehors, les pinces de Museux sont dégagées et l'opérateur divise la partie postérieure du vagin ainsi que les replis péritonéaux qui unissent encore l'organe aux parties voisines, le bistouri bou-

tonné n'opérant en quelque sorte que sur des parties à découvert.

« Le doigt d'un aide, placé dans le rectum, s'assurait des progrès de la section et devait en avertir M. RÉCAMIER.

« De cette façon, l'ablation fut bientôt complète et, à l'instant où le faisceau membraneux comprenant les artères utérines fut divisé, il ne s'écoula pas de sang tant les ligatures étaient convenablement placées.

« La terminaison absolue de la cicatrice et la parfaite souplesse de la cicatrice et de toutes les parties environnantes, ont été constatées le 5 septembre, 43^e jour de l'opération, par MM. les Docteurs BALLY, médecin de l'Hôtel-Dieu, BRESCHET, PATRICE, GIBERT, agrégé à la Faculté : la dame B... sort de l'hôpital dans deux jours. »

La malade eut une survie d'une année. RÉCAMIER, encouragé par ce succès, écrit la même année : « Étant donné qu'il peut y avoir hémorragie, je pense qu'il est préférable de poser des ligatures avant la section des ligaments larges » et il propose, pour l'extirpation de la matrice, divers procédés fondés par l'abaissement et la possibilité de le produire.

Il semblait alors qu'avec une telle technique on ne devait plus compter que des succès ; malheureusement, les résultats ne vont pas confirmer les espérances et c'est avec une régularité désespérante que les succès succèdent aux insuccès ; en 1829, RÉCAMIER et Roux pratiquent deux hystérectomies vaginales : deux morts — DUBLED, la même année, n'a pas plus

de succès avec son opérée ; il a incisé la fourchette jusqu'au devant de l'anus pour faciliter l'extraction ; il a pratiqué avec une aiguille de Deschamps la ligature du tiers inférieur du ligament large ; si le fond utérin est sain, il pense qu'il faut faire le minimum et se dispenser d'ouvrir le péritoine. GENDRIN étudie la technique sur le cadavre et propose la ligature première de l'utérine. TARRAL propose la ligature en masse, au passe-fil, du pédicule latéro-utérin et conseille, pour se donner du jour, l'incision latérale, bilatérale du vagin pratiquée par DE SIEBOLD, ou la division médiane du périnée (RÉCAMIER) ; il décrit une incision de décharge, « unique, allant vers la tubérosité de l'ischion » ; en 1830, DELPECH tente l'intervention ; la malade meurt rapidement, et son insuccès achève de discréditer, dans l'opinion des chirurgiens, l'hystérectomie vaginale. A l'Académie de Médecine, BOYER se prononça contre elle ; et LARREY lui porte le dernier coup dans son rapport « sur le mémoire et le procédé de DELPECH » (18 novembre 1830).

En 1840, BOURGERY et JACOB, dans leur *Traité complet de l'anatomie de l'homme*, écrivent : « Les tristes résultats obtenus par les tentatives diverses d'extirpation de la matrice, font que nous n'insistons pas sur les nuances techniques indiquées par MM. GENDRIN et TARRAL. Dans l'état actuel des choses, c'est à peine s'il y a eu lieu de rechercher auquel de ces procédés on pourrait encore donner la préférence, attendu qu'ils ne réussissent pas mieux les uns que les autres... Aucun moyen ne peut garantir de la

péritonite à laquelle succombent toutes les opérées. » Ils donnent cependant une préférence (très relative) à la voie vaginale sur la voie abdominale que viennent de tenter, sans succès, LANGENBECK et DELPECH ; la voie abdominale « est une méthode très dangereuse ; il est vrai qu'elle permet, mieux que la méthode vaginale, de voir ce que l'on fait et d'enlever mieux et plus vite la totalité du mal ».

L'hystérectomie vaginale semble donc définitivement condamnée ; aucun chirurgien n'ose plus la tenter ; en 1875, COUDEREAU décrit dans la tribune médicale un nouveau procédé réalisé seulement sur le cadavre, jamais appliqué en pratique : son originalité vient de ce que « la principale préoccupation est de ne pas ouvrir le péritoine » ; il se sert d'un hystérolabe spécial, l'endoceps. Cette communication ne peut décider les chirurgiens à tenter de nouveau l'hystérectomie vaginale qui conserve toujours sa mauvaise réputation. ROCHARD, dans son *Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle*, écrit, en parlant de la condamnation de l'hystérectomie vaginale par le rapport de LARREY : « Un pareil arrêt devrait être sans appel ; le temps n'a fait que le ratifier. »

La voie abdominale a tenté quelques audacieux : KÆBERLE, en 1868, PÉAN, en 1869, réalisent les premières hystérectomies abdominales ; PÉAN définit nettement la technique de l'hystérectomie vaginale à pédicule externe quelques années plus tard dans les *Leçons de Clinique Chirurgicale* (1876-1879).

Cependant, en 1876, l'opération de RÉCAMIER apparaît en Allemagne où les chirurgiens utilisent à l'instar du maître français la ligature préventive des ligaments larges ; HENNING pratique cette opération avec succès ; mais c'est surtout CZERNY qui la vulgarise en l'utilisant pour des cancers du col. BILLROTH, SCHÈDE apportent aussi leurs résultats ; en 1879, deux élèves de BILLROTH, WOFFLER et MIKULICZ, publient plusieurs observations et donnent quelques principes opératoires : ils emploient systématiquement l'irrigation continue du champ opératoire ; d'autre part, les ligaments larges sont liés par des fils de ligatures. Très vite, leurs succès éclipsent l'hystérectomie abdominale totale que vient de décrire et de mettre en pratique FREUND (1879). Dès lors, la plupart des chirurgiens se mettent à pratiquer l'intervention par voie basse ; TEUFFEL, KOCHER, MARTIN, MULLER apportent leurs résultats personnels, et, en 1881, au Xe Congrès des Chirurgiens Allemands, HAILDEN réunit une statistique comprenant 52 hystérectomies vaginales avec une mortalité de 32 %. A la même date, MARTIN préconise la colpo-hystérectomie contre la laparo-hystérectomie vantée par FREUND ; la technique de cette opération est simple : ouverture du Douglas et suture péritonéo-vaginale ; suture hémostatique du plancher pelvien avec points d'angles ; circoncision complète du vagin et décollement de la vessie, bascule de l'utérus en arrière ; section et ligature des ligaments larges.

D'autres techniques sont préconisées : FRITSCH préfère la ligature première des artères utérines ;

SANGER conseille de faire l'incision des culs-de-sac du vagin au thermocautère, pour diminuer les risques d'hémorragie ; CZERNY utilise la culbute en avant de l'utérus ; SCHROEDER, comme MARTIN, pratique la bascule en arrière ; BILLROTH, OLSHAUSEN se contentent d'un abaissement forcé de l'utérus : les risques d'infection du péritoine seraient moindres avec cette technique.

Tous utilisent la méthode des ligatures.

En fin d'intervention, la conduite varie suivant les opérateurs : MIKULICZ, TAUFFER, SCHÈDE ferment complètement le péritoine et le vagin ; MARTIN laisse un drain de caoutchouc en croix, entouré de gaze iodoformée, pendant 3 ou 4 jours.

Un an après, en 1882, l'hystérectomie vaginale réapparaît en France ; DEMONS, de Bordeaux, BOECKEL de Strasbourg, sont les premiers à la faire connaître ; mais c'est surtout PÉAN qui va en préciser la technique et vulgariser l'intervention. Il pratique, en 1882, sa première hystérectomie vaginale chez une femme porteuse de fibromes interstitiels multiples du corps de l'utérus avec hémorragies incoercibles. Dès le début, il emploie une technique bien spéciale : dans le cas de tumeur trop volumineuse, dont l'extraction est longue et pénible, le chirurgien pratique le morcellement ; frappé d'autre part de la difficulté qu'il rencontre à faire des ligatures systématiques, il utilise d'une façon courante des pinces pour faire l'hémostase ; ces pinces sont appliquées en étage sur les flancs de l'utérus et la section est faite en dedans d'elles. L'originalité de la technique de PÉAN tient

justement à l'emploi systématique de la forcipressure et du morcellement.

A la même date (1882), et en même temps que PÉAN, SPENCER WELLS, en Angleterre, utilise aussi les pinces pour faire l'hémostase : « Je crois fort probable que l'opération serait très simple si l'on procédait ainsi : attirer l'utérus en bas, séparer les points d'attache du vagin le plus près possible de l'utérus, ou dans les points exacts où se réfléchit le péritoine sur les parois, saisir tous les vaisseaux saignants aussitôt qu'ils sont divisés avec des pinces à pression ; ne pas se servir de ligatures, mais laisser les pinces pendre hors du vagin pendant 2 ou 3 jours, jusqu'à ce que tout danger d'hémorragie ait cessé (1). »

En 1885, RICHELOT propose l'utilisation des pinces à demeure comme méthode de choix ; il l'utilise d'une façon systématique. C'est à ce moment que PÉAN se met à se servir des pinces de RICHELOT : une de ses malades meurt cependant d'hémorragie, par suite du dérapage d'une pince. C'est alors que DOYEN, en janvier 1887, présente à la Société de Chirurgie de Paris ses pinces à mors élastiques qui ont l'avantage de pincer d'une façon uniforme, sans déchirer et sans dérapper ; c'est aussi pour lui l'occasion d'attaquer violemment PÉAN, dont la méthode serait postérieure à celle décrite par SPENCER WELLS ; en fait, PÉAN et le chirurgien anglais ont utilisé le procédé de la forcipressure en même temps : PÉAN, il est vrai,

(1) SPENCER WELLS, *Ovarian and uterine tumors*. Londres, 1882, p. 526.

n'apporta que plus tard les résultats de cette technique dans la thèse de son élève GOMET (1).

Ainsi, en quelques années, l'hystérectomie vaginale a fait d'énormes progrès en France. Parallèlement, MULLER, en Allemagne, vient de décrire sa technique de l'hémisection qui facilite beaucoup l'hémostase : « On peut fendre verticalement l'utérus en deux moitiés symétriques, après l'avoir renversé ou simplement attiré en bas. Cela fait, on peut attirer chaque moitié de l'utérus avec son ligament et lier facilement ce dernier. » Une technique aussi précise, améliorée par le morcellement, la forcipressure, l'hémisection, ne pouvait que séduire tous les chirurgiens ; seuls quelques irréductibles restent partisans d'opérations partielles (amputation plus ou moins large du col) ; d'autres, les « électriciens », proposent sans grand succès un traitement physique, et CARLET décrit le procédé de traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus d'après la méthode du Docteur APOSTOLI (2). Mais la majorité des chirurgiens pratique l'hystérectomie vaginale, et bientôt SEGOND, TERRIER, TILLAUX, RICHELOT, BOUILLY, POZZI, apportent leurs résultats.

En 1886, MARTIN réunit les opérations des six opérateurs les plus habiles : pour 311 hystérectomies vaginales, la mortalité est de 15 %. Ces résultats jettent le discrédit sur l'opération de FREUND qui est tou-

(1) GOMET, *L'Hystérectomie vaginale en France*. Thèse, Paris, 1886.

(2) CARLET, Thèse, Paris, 1884.

jours grevée d'une très lourde mortalité (60 à 70 %). Quelques tentatives d'emploi de la voie mixte sont faites par PÉAN et DOYEN qui, en 1886, proposent de terminer l'hystérectomie abdominale en enlevant par voie vaginale le pédicule inférieur ; ROUTIER préfère terminer par la laparotomie, après avoir commencé l'intervention avec un temps vaginal.

Malgré les avantages que peut offrir au cours de la laparotomie un large drainage par un tamponnement de gaze, comme le préconise MIKULICZ (1884), malgré la facilité que donne la position inclinée (position de TRENDELEMBURG) dans les interventions abdominales, la laparotomie ne tente plus guère les chirurgiens.

Dès lors, et pendant plusieurs années (jusqu'en 1897 environ), l'hystérectomie vaginale va tenir la première place en gynécologie ; les publications se multiplient en France et à l'étranger ; chaque année voit s'élargir le cadre de ses indications opératoires, et apparaître de nouvelles modifications techniques.

En 1890, au Congrès de Berlin, à l'Académie de Médecine, PÉAN décrit la technique de l'hystérectomie vaginale telle qu'il la pratique depuis 1886. Il en étend les indications aux infections utéro-annexielles. Il est le véritable créateur de l'hystérectomie vaginale ; « c'était merveille de voir cet homme, avec ses mains puissantes, après avoir enlevé le col utérin pour avoir de la place, introduire et fixer sur les vaisseaux (tronc et branches des utérines) au fur et à mesure qu'il enlevait des fragments de l'utérus,

un grand nombre de ses petites pinces hémostatiques, qu'il laissait ensuite à demeure — il enlevait ainsi peu à peu l'utérus, sans que les assistants puissent voir exactement ce qu'il faisait à cause de l'encombrement des pinces » (1).

En 1891, CHAPUT (2) propose dans les cas d'étroitesse de la vulve, ou de trop gros volume de l'utérus, le débridement du périnée. Frappé d'autre part des nombreux accidents fébriles liés à des poussées plus ou moins graves de pelvi-péritonite, il pratique avant toute hystérectomie vaginale une petite moucheture sus-pubienne qui lui permet de faire, en fin d'intervention, un drainage abdomino-vaginal par tubes de caoutchouc ; pendant 10 jours sont pratiqués des lavages antiseptiques. La même année, QUÉNU donne à la Société de Chirurgie de Paris une description de son procédé ; après la libération du col, il fait une section médiane de l'utérus jusqu'au fond : l'extériorisation des deux moitiés utérines est facile, et cet artifice donne un large jour sur la brèche péritonéale. Ce procédé s'inspire de celui décrit par MULLER ; il est classiquement décrit sous le nom de méthode de MULLER-QUÉNU ; en fait, le but recherché par QUÉNU était un peu différent de celui de son prédécesseur : il ne cherche qu'à obtenir une libération utérine plus facile, et une découverte sous le contrôle de la vue des poches annexielles restant au-dessus de l'utérus ; MULLER, au contraire, faisait cette section après

(1) J.-L. FAURE, A propos de l'hystérectomie vaginale. *Soc. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, janvier 1938, pp. 45-50.

(2) CHAPUT, *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1891.

abaissement ou bascule de l'utérus, à seule fin de faire une hémostase simple et totale des ligaments larges.

En 1892, au Congrès de Bruxelles, SEGOND se fait l'ardent défenseur de l'opération de PÉAN ; TERRIER et Pozzi vantent les avantages de la laparotomie dans l'abord des lésions annexielles ; BOUILLY et RICHELLOT ne gardent l'hystérectomie vaginale que dans de graves suppurations pelviennes : elle assure un bon drainage pelvien : elle permet, suivant l'expression de PÉAN, de « faire sauter la bonde ». La même année, DOYEN propose l'hémisection partielle, portant seulement sur la partie antérieure de l'utérus ; entre ses mains l'hystérectomie vaginale ne donne que 5,3 % de mortalité sur un total de 112 cas répartis de la façon suivante :

Cancers	23	:	2 morts.
Fibromes	28	:	1 mort.
Lésions inflammatoires ..	61	:	3 morts.

En 1893, la question mise à l'ordre du jour au Congrès de Chirurgie est « Les Tumeurs fibreuses de l'utérus ». Elle va susciter de multiples communications, des controverses souvent passionnées à l'extrême. PÉAN apporte la statistique intégrale des interventions gynécologiques qu'il a faites depuis 1882, date à laquelle il fit sa première hystérectomie vaginale :

200 interventions par voie abdominale ..	30 morts.
50 interventions par voie mixte (abdomino-vaginale)	1 mort.
300 interventions par voie vaginale.....	6 morts.

PÉAN attribue au pincement préalable des ligaments larges et au morcellement presque systématique, les résultats aussi favorables qu'il a obtenus. DOYEN rappelle les insuccès de la laparatomie (TERRIER (1885-1892) : 41 % de mortalité) qui pendant un temps avaient obligé les chirurgiens à l'abstention, « mettant ainsi en relief les électriciens qui s'improvisèrent à l'envi, électrisant sans diagnostic, comme sans résultats réels, cancers, fibromes, pour nous laisser revenir des malades incurables, et couvertes d'escharres et de cicatrices... ». Depuis que PÉAN a fait entrer dans la pratique l'hystérectomie vaginale, l'abstention ne saurait plus être justifiée. DOYEN apporte 33 observations avec une mort, due à la négligence d'une infirmière qui laisse la malade s'asseoir sur ses pinces. Il décrit la technique qu'il utilise : hystérectomie vaginale avec hémisection antérieure : « après ouverture du cul-de-sac postérieur, décollement de la vessie ; j'ouvre alors le cul-de-sac péritonéal antérieur, en prolongeant vers le fond de l'utérus la section longitudinale... Il faut entamer hardiment le fond de l'utérus, qui, après quelques tractions, se présente à la vulve ». Pour le morcellement des gros fibromes il utilise aussi des cylindres creux, dont le bord est tranchant, sorte d'emporte-pièces qu'il enfonce dans la tumeur en leur imprimant un mouvement de rotation de façon à enlever des rondelles cylindriques.

« Puis il se livre avec un feu, avec une ardeur, avec une éloquence admirable à une attaque de grande allure, non pas contre l'opération de PÉAN, dont il

défendait le principe, mais contre la technique particulière employée par PÉAN lui-même, à laquelle il reprochait la multiplicité des pinces laissées à demeure, en proposant de lui en substituer une autre, la sienne (1). » La réponse de PÉAN ne se fait pas attendre : « J'ai la prétention de croire que les succès de notre pratique n'ont pas encore été dépassés par ceux de M. DOYEN, qui a eu le bonheur de naître à un âge où il lui était vraiment trop facile de profiter de mes découvertes. »

BOECKEL conclut à l'innocuité absolue ou quasi absolue de l'hystérectomie vaginale. Pour DELAGENIÈRE qui utilise la position inclinée, « l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic ». JACOBS (Bruxelles) a fait 36 hystérectomies abdominales avec 7 morts, et 11 hystérectomies vaginales sans une mort.

1894 voit les premiers travaux concernant l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin ; ce sont : la thèse de PRIEUR (2), les discussions à la Société de Chirurgie où QUÉNU (3) propose une véritable colpo-hystérectomie ; la méthode de la forcipressure définitive doit dans ce cas particulier être remplacée par des sutures. POZZI et CHAPUT (4)

(1) J.-L. FAURE, *loc. cit.* A propos de l'hystérectomie vaginale, *Soc. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1938, pp. 45-50.

(2) PRIEUR, *Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale*. Thèse, Paris, 1894.

(3) QUÉNU, *Soc. Chirurgie Paris*, 1893, p. 710 ; SECOND, 1894, pp. 40-127.

(4) POZZI et CHAPUT, *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, t. XX, p. 152.

écrivent : « L'hystérectomie vaginale est admise dans les chutes complètes et invétérées de l'utérus et du vagin ; l'utérus ayant perdu droit de domicile, on sera autorisé à faire une hystérectomie vaginale suivie d'une colpectomie et un peu plus tard d'une colpo-périnéorraphie. » La même année le travail de COMMANDEUR (1) apporte des données précises sur « la topographie des cul-de-sacs vaginaux » ; cette thèse arrive en son temps, et dans ses conclusions l'auteur s'exprime ainsi : « Grâce aux données anatomiques récentes, la voie vaginale est devenue, pour un certain nombre d'interventions, la vraie voie d'élection..., l'anatomie appliquée aux interventions par la voie vaginale montre qu'il est aussi facile de se guider dans cette région que dans toute autre et que la dénomination de voie aveugle qu'on lui avait donnée n'est absolument pas méritée ; les tendances de la chirurgie actuelle semblent guider celle-ci du côté de la voie vaginale qui paraît devoir être la voie de l'avenir de la chirurgie gynécologique. »

PÉAN apporte, en 1895, 248 cas de malades opérées pour fibromes, avec 4 morts (2). A Lyon, CONDAMIN, dans la thèse de MÉTRAS, propose une nouvelle technique : les insertions du cul-de-sac latéral sur le col sont ménagées ; on ne les sectionne qu'après avoir pris dans une pince-longuette à forcipressure la base des ligaments larges qui contient l'utérine et la mu-

(1) COMMANDEUR, *Topographie des culs-de-sac vaginaux*. Thèse, Lyon, 1894.

(2) *Congrès Chirurgie*, 1895, p. 926.

queuse vaginale, au niveau des insertions latérales du vagin sur le col (1).

« Le traitement des prolapsus génitaux » est la question mise à l'ordre du jour au Congrès de chirurgie de 1896. BOUILLY en est le rapporteur ; tous les auteurs sont d'accord : l'hystérectomie vaginale doit être dans toute l'acceptation éthymologique du mot, une « colpo-hystérectomie ». « L'hystérectomie vaginale isolée n'est pas un traitement du prolapsus, elle est formellement indiquée si l'utérus est fibromateux, cancéreux, ou flanqué des lésions des annexes. Dans tous les cas, l'anaplastie reste la base du traitement et l'hystérectomie n'est qu'une opération préliminaire ; aussi doit-on laisser de côté les pincés à demeure et la faire suivre d'une colporraphie immédiate. » (RICHELOT.) « La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie vaginale avec une large résection vaginale. » (BOUILLY.)

La même année au Congrès de Gynécologie de Genève se pose la question du « traitement des suppurations pelviennes » ; on a tendance à faire l'accord pour revenir à une chirurgie plus conservatrice. « L'opération de PÉAN, castration utéro-ovarienne par la voie vaginale, est sensiblement en recul ; tous l'acceptent mais en restreignent singulièrement les indications. PÉAN lui-même a bien insisté sur le fait qu'il ne sacrifie l'appareil génital interne qu'après exploration soignée par le cul-de-sac postérieur des

(1) CONDAMIN, *De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale.*
In thèse MÉTRAS, Lyon, 1895.

annexes malades (1). » LAROYENNE propose l'intervention à minima : colpotomie antérieure et postérieure. Enfin, un aveu des partisans de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations est à retenir : « c'est qu'il ne faut pas s'acharner à vouloir enlever les annexes malades, dans leur totalité quand il y a des adhérences, car la guérison survient aussi bien avec une intervention incomplète (2) ».

DOYEN, en 1897, fait paraître son livre de technique chirurgicale où est donnée une large place à la technique de l'hystérectomie vaginale. Avec TUFFIER, il se livre à une ardente polémique, l'un et l'autre revendiquant la paternité d'un nouvel instrument destiné à l'hémostase. TUFFIER avec son angiotribe, DOYEN avec son vasiotribe, sortes de pinces à mors larges, très puissantes, réalisent un véritable « laminage » des ligaments larges, qu'ils font suivre d'une ligature ; il ne s'agit là que d'une tentative sans lendemain ; la forcipressure reste la méthode la plus couramment employée. En 1898, SEGOND apporte une statistique de 160 cas avec 24 morts ; il s'agissait de fibromes volumineux pesant au moins 1 kg. atteignant parfois l'ombilic.

Pendant toutes ces années, jusqu'en 1898 environ, l'hystérectomie vaginale connaît une période de triomphe ; la technique en est très variée, se prêtant à toutes les éventualités ; les indications se sont considérablement accrues.

(1) CONDAMIN, *Lyon Médical*, 1896, p. 67.

(2) CONDAMIN, *Loc. cit.*, *Lyon Médical*, 1896, p. 67.

Cependant, malgré les résultats peu encourageants de l'hystérectomie abdominale, quelques chirurgiens n'ont pas abandonné cette voie ; DELAGENIÈRE, en 1896 donne la technique de l'hystérectomie abdominale totale. SECOND, la même année fait connaître le procédé de KELLY (1) et le Congrès de chirurgie en 1899, avec le rapport de RICARD sur l'hystérectomie abdominale totale commence à mettre en parallèle la voie abdominale et la voie vaginale « lorsqu'il y a 4 ans quelques brèves communications vinrent à nouveau attirer l'attention des chirurgiens sur l'hystérectomie abdominale totale ; les plus fervents partisans de cette intervention ne pouvaient espérer qu'elle prendrait un essor aussi rapide..., la voie vaginale qui a été si perfectionnée en France et a retardé l'avènement de l'hystérectomie abdominale, est aujourd'hui bien déchue de sa grandeur première ; les indications de la voie vaginale se sont singulièrement diminuées » (2). Dès 1898, BOUILLY reconnaissait qu'il faut restreindre l'indication de la voie vaginale à l'ablation des fibromes de petit et moyen volume. « La moindre incertitude dans le diagnostic commande la voie abdominale, la seule réellement exploratrice. » PONCET, dans son discours d'ouverture, vient de parler de la chirurgie à ciel ouvert, au grand jour ; l'asepsie et l'antisepsie ont fait des progrès

(1) KELLY, *Johns Hopkins Hosp.*, Bull. 1896, t. VII, N° 53, p. 171.

(2) RICARD, *Congrès chirurgie*, 1899, p. 25 et suivantes.

considérables ; le drainage abdominal connaît son apogée ; la même année TUFFIER décrit la méthode d'anesthésie rachidienne (1) : autant d'avantages dont va bénéficier la laparotomie. Cette année 1899 marque véritablement un tournant dans l'histoire de l'hystérectomie vaginale.

Dès lors, l'hystérectomie abdominale gagne chaque jour du terrain, de multiples publications en précisent la technique ; peu à peu l'hystérectomie vaginale voit se restreindre ses indications au profit de la voie abdominale ; J.-L. FAURE décrit le procédé d'hystérectomie abdominale qu'il utilise. Cependant en Allemagne, l'hystérectomie vaginale n'est pas atteinte du même discrédit : en 1900, SCHAUTA a 8 morts sur 191 malades opérées de fibromes. MARTIN en 1902, Karl SCHUCHARDT proposent une hystérectomie vaginale élargie, pour le traitement du cancer du col utérin : après débridement vulvo-périnéal oblique postérieur, il incise une collerette vaginale qui isole le col ; il termine par une hystérectomie vaginale totale (2) ; SCHAUTA adopte cette technique, mais ferme systématiquement la cavité péritonéo-vaginale.

En France, il semble bien que l'hystérectomie vaginale soit définitivement abandonnée ; de rares publications témoignent seules de la place qu'elle occupe encore. En 1907, PROUST précise la technique dans le cancer du col : après décollement circulaire et

(1) TUFFIER, *Paris Médical*, 15 avril 1891, p. 294 et in thèse KENDIRDJY, Paris, 1902.

(2) *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1901, p. 289.

fermeture du vagin (1), il pratique une incision paravaginale, puis il dissèque la vessie et les uretères (les angles latéraux de la vessie constituent de véritables cornes qui se continuent avec les uretères) ; la libération des bords latéraux du vagin a lieu, ainsi que la dissection de la base du paramètre ; le péritoine est alors ouvert ; l'utérus et le vagin sont enlevés ; on termine par la reconstitution de l'anneau vulvaire.

J.-L. FAURE au contraire, considère l'hystérectomie abdominale comme le traitement de choix dans le cancer du col, l'hystérectomie vaginale est souvent délicate : difficulté de faire une désinsertion de la colerette vaginale, impossibilité de disséquer minutieusement les uretères et il rejette l'hystérectomie vaginale simple ou élargie de SCHAUTA. Par contre, il conserve à la voie basse la préférence dans certains cas d'infection puerpérale aiguë ; après avoir rappelé la difficulté de fixer l'indication opératoire, il dit préférer « l'hystérectomie vaginale, opération relativement facile (surtout pendant les 3 ou 4 premiers jours où le vagin reste lâche, l'utérus souple) à l'hystérectomie abdominale qui est toujours sérieuse malgré le Mickulicz... Si une femme meurt à la suite d'une hystérectomie vaginale, elle était trop malade pour guérir spontanément... Lorsque vous vous trouverez en présence d'une femme qui vous paraîtra infectée au point de courir un risque de mort, enlevez son utérus par voie basse, car j'ai la conviction qu'il vaut mieux sauver une malade en sacrifiant son utérus,

(1) PROUST, *Presse Médicale*, 16 mars 1907.

que de la laisser mourir pour le lui conserver » (1). La plupart des chirurgiens rejettent complètement l'hystérectomie vaginale et se prononcent d'une façon exclusive pour l'hystérectomie abdominale. A part les indications exceptionnelles que lui conserve J.-L. FAURE dans les suppurations pelviennes (2), dans certains prolapsus chez les femmes âgées, cette opération disparaît presque complètement de la technique chirurgicale courante ; on ne l'apprend plus, on ne la pratique plus, en France tout au moins, car les Allemands et les Américains ne cesseront pas de l'utiliser.

Cependant dès 1920, on voit réapparaître et se discuter l'hystérectomie vaginale ; les indications restent très limitées et chaque auteur essaye de les définir d'une façon précise.

CUNÉO et PICOT en 1921, après avoir noté le peu de faveur dont jouit l'hystérectomie vaginale auprès des chirurgiens français, proposent une technique dans le cas très précis du cancer du col utérin : ils pratiquent une hystérectomie élargie, avec ablation d'une large collerette vaginale, une dissection minutieuse des deux uretères ; la mortalité doit être considérée comme très faible ; les résultats éloignés sont très satisfaisants. « Ces résultats n'ont rien qui puisse surprendre lorsqu'on a eu l'occasion d'examiner com-

(1) A. BRINDEAU et J.-L. FAURE, *L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale aiguë*. Leçons du jeudi soir à la Clinique TARNIER, XIII^e leçon.

(2) J.-L. FAURE et SIREDEY, *Technique chirurgicale* (1911).

parativement les pièces d'hystérectomies périnéale et abdominale ; on constate en effet que la voie périnéale permet d'enlever le paramètre aussi largement que la voie abdominale..., nos premières opérations datent d'une dizaine d'années et plusieurs de nos opérées vivent encore sans récurrence (1). » Ces deux auteurs ne veulent à aucun prix opposer hystérectomie abdominale et hystérectomie périnéale ; chacune a ses indications respectives ; l'hystérectomie périnéale s'adresse aux cas où la voie haute perd ses avantages habituels.

Dans le prolapsus des femmes âgées, l'hystérectomie vaginale, associée à la colpectomie plus ou moins étendue, peut rendre de précieux services ; DELIVET (2) dans sa thèse sur la colpectomie totale inspirée par SEBILEAU écrit : « La colpectomie totale est l'opération de choix dans la cure radicale des grands prolapsus génitaux chez les vieilles femmes ; pour être efficace elle devra être associée à l'hystérectomie vaginale et à la périnéorrhaphie. »

Au Congrès de chirurgie 1923 où est envisagée l'étude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux, BEGUIN, après avoir rappelé les conclusions de BOUILLY et les communications de RICHELOT au Congrès de 1896, considère « dans la cure de prolapsus, l'hystérectomie comme une opération complémentaire et d'exception ; elle n'est indiquée

(1) CUNÉO et PICOT, Technique de l'hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. *Journ. de chir.*, 1921, N° 3, p. 193.

(2) DELIVET, Thèse, Paris, 1920.

que dans le cas de lésion utérine ou annexielle concomittante (fibrome, cancer, métro-annexite) ou d'irréductibilité de l'utérus qui persiste, malgré le repos et la désinfection (ce qui est rare), ou qui, par les adhérences ou son volume a perdu droit de domicile dans l'abdomen ». Alors l'hystérectomie vaginale associée à la colpo-périnéorraphie, devient une intervention efficace. DESMARETS prend aussi la défense de la colpo-hystérectomie ; Paul DELBET, étudiant les résultats opératoires, apporte pour sa part 12 cas, sans mort, avec résultat définitif excellent ; l'hystérectomie est faite avec ligature des pédicules, fixation des ligaments ronds et des pédicules tubo-ovariens aux angles supérieurs du vagin ; on peut faire une petite colpo-périnéorraphie dans la même séance. Les conclusions de BÉGOVIN sont les suivantes : « On peut guérir le prolapsus par plusieurs opérations ; en dehors des cas exceptionnels où une lésion utérine ou annexielle rend l'hystérectomie complémentaire obligatoire », on peut s'adresser soit à la double opération, à la triple opération, à l'interposition de WATKINS-WERTHEIM-SCHAUTA, à l'opération de LEFORT. En 1925, DUJARRIER et LARGET (1), donnent une description détaillée de « la technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées » ; ils se contentent en général d'une amputation du col ; à deux reprises seulement ils ont associé colpectomie et hystérectomie.

(1) DUJARRIER et LARGET, Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées. *Journ. de Chir.*, t. 25, N° 3, mars 1925, p. 283-294.

Chacun essaye de définir exactement les indications de l'hystérectomie vaginale. Ces indications semblent devoir être de plus en plus réduites : la Radiumthérapie et la Radiothérapie commencent à prendre une place de plus en plus importante dans le traitement de certains fibromes, des métrorragies de la ménopause. D'autre part, la chirurgie conservatrice, avec tous les avantages qu'elle apporte en gynécologie, obtient de plus en plus les faveurs des chirurgiens. Au Congrès français de chirurgie de 1926 sont discutées les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes ; pour DE ROUVILLE et MOCQUOT « l'opération de PÉAN réalisa, lors de son apparition, un progrès considérable ; la voie vaginale était alors moins grave pour accéder aux annexes ; elle excellait surtout, et c'était là sa principale indication dans les cas suppurés ; dans les pelvi-péritonites plastiques, dans les annexites solidement fixées, avec utérus immobilisé plus ou moins haut et ne descendant pas, l'opération en dépit de la maîtrise de son créateur et de son éminent adepte, SEGOND, restait difficile, très difficile parfois, souvent incomplète et insuffisante ; elle est dans ces conditions une opération aveugle et pleine de menaces pour les organes avoisinants. Et voilà les raisons pour lesquelles le légitime enthousiasme qu'elle suscita de 1892 à 1897, ne résista pas aux progrès réalisés, entre temps, dans le domaine de l'asepsie et de la technique. L'opération américaine a détruit tout le prestige de l'opération de PÉAN ».

Malgré tout, quelques rares partisans de l'hysté-

rectomie vaginale continuent à apporter leur témoignage : DESMARET, dans les grands prolapsus génitaux, est fidèle à la colpectomie totale associée à l'hystérectomie vaginale (1). LAPOINTE est du même avis : « Il me semble que l'hystéro-colpectomie totale ou presque, sans être plus grave que la colpectomie simple, permet de réaliser encore mieux qu'elle, les conditions d'une bonne cure radicale. J'ajoute qu'elle supprime toutes les craintes justifiées ou non, qu'on peut avoir sur le sort de cavités utéro-tubaires privées à jamais de toute relation avec le monde extérieur (2). » SAVARIAUD ne garde que la colpectomie seule, l'hystérectomie étant pour lui inutile et faisant, malgré la technique impeccable, courir des risques péritonéaux et vasculaires.

DE ROUVILLE qui avait inspiré la thèse de BROCHOT en 1909, reprend en 1924 la question des indications de l'hystérectomie vaginale (3). Beaucoup de chirurgiens à l'heure actuelle ignorent « cette grande voie qui conduit aux lésions pelviennes parce que, appartenant à une génération de laparotomistes exclusifs, ils n'ont jamais pratiqué l'opération vaginale ou même ne l'ont jamais vue pratiquer, en sorte qu'à leurs yeux, l'hystérectomie vaginale est une vieille opération tombée en désuétude, étape brillante

(1) DESMARET, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 5 mai 1920, p. 662-665.

(2) LAPOINTE, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 25 mai 1920, p. 76.

(3) DE ROUVILLE, Mes indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *Gyn. et Obst.*, 1924, t. IX, p. 443-448.

certes, mais aujourd'hui dépassée, de l'évolution de la chirurgie gynécologique ». Il conserve à l'hystérectomie vaginale, les suppurations pelviennes chaudes (qui ne rétrocedent pas après le traitement médical), certains cas d'infection puerpérale sévère du post-abortum, le cancer du corps, les fibromyomes infectés et sphacelés (où l'hystérectomie vaginale est une opération de nécessité) les gros prolapsus des femmes âgées, les cas exceptionnels de chorio-épithéliome et d'inversion utérine.

Au Congrès français de chirurgie de 1924, LABEY et TIXIER dans leur rapport reconnaissent que « les indications de la voie vaginale pour enlever l'utérus fibromateux sont bien rares à l'heure actuelle. L'hystérectomie vaginale avait encore les indications il y a quelques années ; on la pratiquait pour des fibromes très hémorragiques de petit et de moyen volumes, chez des femmes à parois épaisses, à cœur gras ou présentant des signes d'insuffisance hépato-rénale rendant vraiment la voie haute aléatoire et dangereuse. Nous avons aujourd'hui la radio et la curiethérapie qui donnent des résultats si rapides et si constants que l'intervention sanglante doit leur céder la place ; ce n'est qu'après échec, bien rare, de cette thérapeutique par les radiations, qu'il faudrait recourir à l'hystérectomie vaginale. Cette opération ne conserve plus qu'une indication : c'est la présence de fibromes infectés ou gangrenés avec suppuration fétide, avec symptômes fébriles et toxiques, accessoirement aussi, les polypes sphacelés ; il est alors indiqué, après avoir enlevé par morcellement la fraction vaginale de la

tumeur, de terminer par une hystérectomie vaginale qui supprime le foyer d'infection dans la totalité et permet le drainage du petit bassin ».

Un an avant, VAUTRIN (1) reconnaissant les avantages de l'hystérectomie vaginale, ne l'a pas complètement délaissée ; elle a place dans le traitement de l'infection péri-utérine chaude, du cancer, des fibromes de petit volume hémorragiques ou infectés, des gros utérus hyperplasiques de la ménopause, enfin dans le prolapsus génital complet chez la femme âgée.

Raymond PETIT apporte en 1928, 123 cas consécutifs d'hystérectomie vaginale sans accidents ; il reste convaincu pour sa part que « cette intervention demeure une opération excellente, avantageuse même, si la technique en est bien établie et si les indications en sont fixées d'une façon précise ». Il l'a pratiquée dans plus de 100 cas pour des fibromes, 16 fois pour des cancers (8 du col, et 8 du corps), 4 fois seulement pour prolapsus (2). La même année, VIOLET (3) publie les observations de 65 hystérectomies vaginales, 12 cancers du corps, 18 prolapsus, 20 métrites chroniques, 14 petits fibromes, dont deux associés à des chorio-épithéliomes, 1 suppuration annexielle terminée par la mort (la seule mort de cette statistique).

(1) VAUTRIN, Les indications de l'hystérectomie vaginale. *Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 1923, p. 57.

(2) PETIT R., L'hystérectomie vaginale. Technique et indications ; 123 cas consécutifs sans accidents. *La Gynécologie*, mars 1928, p. 129-153.

(3) VIOLET, Les indications de l'hystérectomie vaginale moderne. *La Gynécologie*, juillet 1928, p. 394-403.

PELLANDA (1) fait connaître en France une nouvelle technique décrite par RIECK et DODERLEIN (2) : l'hystérectomie vaginale subtotale ; il en apporte 126 cas sans aucune mort ; cette nouvelle intervention présente de sérieux avantages : beaucoup plus simple que l'hystérectomie vaginale totale, n'en présentant en effet pas la difficulté d'hémostase, elle permet à l'opérateur la conservation du col chez la femme en période d'activité génitale. BAILLIS (3) dans sa thèse sur « Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'hystérectomie vaginale », après avoir réhabilité une opération trop méprisée, montre que « c'est lorsque la colpotomie a échoué, n'ayant pas réussi à assurer un drainage suffisant, que l'hystérectomie vaginale trouve les indications les plus importantes ; c'est dans ces cas rares, chez des malades sans résistance ou en proie à l'hecticité, qui ne supporteraient pas le choc autrement important d'une laparotomie, que la voie vaginale fait merveille ». Le même auteur reconnaît d'ailleurs, à côté de cette indication d'exception, d'autres plus importantes : prolapsus des vieilles femmes, fibromes, cancer du col et du corps utérin.

LUZUY (4) dans sa thèse entreprend « L'étude cri-

(1) PELLANDA, Technique moderne de l'hystérectomie vaginale : la subtotale vaginale. *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 50-65.

(2) DODERLEIN et KRONING, *Operative gynäkologic*, Leipzig, 1924.

(3) BAILLIS, *Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'hystérectomie vaginale*. Thèse, Paris, 1929.

— *Journal Médical Français*, janvier 1930, p. 30.

(4) LUZUY, *L'hystérectomie vaginale* (étude critique des indications et de la technique). Thèse, Paris, 1931.

tique des indications et des techniques de l'hystérectomie vaginale » ; son travail fait en quelque sorte le point sur un sujet toujours très discuté en France. Il distingue trois catégories de cas :

- 1^o Malades pour lesquelles l'indication d'hystérectomie vaginale est formelle : ce sont avant tout des conditions d'ordre général (obèses, emphysémateuses, tuberculeuses, cardiaques, etc...) qui contre-indiquent formellement toute intervention par laparotomie.
- 2^o Malades pour lesquelles l'hystérectomie vaginale peut être utile ; un postulat est imposé pour pouvoir le réaliser : l'opération doit être facile, sinon il faut la rejeter. Ce sont les cas des prolapsus, des métrorragies de la ménopause, des utérus saignants après la ménopause (pour lesquels on hésite toujours entre le diagnostic de métrite et de cancer), des métrites chroniques avec rétroversion, enfin des malformations du col (col hypertrophique, saignant, suspect de cancer), et de l'inversion utérine.
- 3^o Malades pour lesquelles l'hystérectomie vaginale est discutable ; le choix entre voie haute et voie basse est à faire. Ce sont les cas de cancer du corps et du col, des suppurations pelviennes de l'infection puerpérale, plus rarement du chorio-épithéliome.

LUZUY, résumant les différentes techniques proposées, conseille dans les cas faciles, l'hystérectomie vaginale avec bascule, dans les cas compliqués l'utilisation des procédés de DOYEN ou de MULLER et QUÉNU ; pour les prolapsus on doit associer à l'hystérectomie vaginale une colpectomie plus ou moins étendue ; enfin dans le traitement du cancer du col on élargira le geste chirurgical en pratiquant soit un débridement vulvo-vaginal à la SCHUCHARDT-SCHAUTA, soit une périnéotomie transverse à la façon de CUNÉO et PICOT.

La thèse de LUZUY résume ainsi les indications classiques de l'hystérectomie vaginale ; elle correspond à ce regain de faveur apparu il y a une dizaine d'années pour une opération peut-être trop délaissée en France.

Quelques années plus tard ESQUIROL (1), dans sa thèse inspirée par TOUPET, décrit un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés et discute de nouveau le problème des indications opératoires. Ce soi-disant procédé de TOUPET ne représente d'ailleurs, comme le fait remarquer J.-L. FAURE (2), qu'une variante du procédé utilisé autrefois par SECOND, qui facilitait la descente de l'utérus par la section de ce qu'il appelait « le pied du ligament large ». J.-L. FAURE écrivait d'ailleurs dès 1906 : « Le pincement et la section des

(1) ESQUIROL, *Hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés*. Thèse, Paris, 1936.

(2) J.-L. FAURE, A propos de l'hystérectomie vaginale. *Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 11 janvier 1938, p. 45 à 50.

ligaments utéro-sacrés, qu'on peut sentir tendus de chaque côté du col, et qu'on coupe en dedans des pinces, permet d'abaisser l'utérus de 2 à 3 cm. et facilite beaucoup l'opération (1). » Quant aux indications, elles restent sensiblement les mêmes que celles que donnait LUZUY, cinq ans auparavant ; cependant plus de place est donnée à l'hystérectomie vaginale dans le traitement des infections puerpérales ; ESQUIROL rapporte en effet dans sa thèse 5 cas d'hystérectomie vaginale pour des infections post-abortum, avec 3 décès. J.-L. FAURE reprend d'ailleurs ce chapitre des indications de la voie basse dans l'infection post-abortum : en reconnaissant l'extrême rareté de ces indications, il écrit (2) : « Cependant dans les infections post-abortum à allure très graves, lorsque dans les premiers jours la malade se présente avec des frissons et tous les phénomènes d'une septicémie à marche rapide, lorsqu'en un mot l'impression sera mauvaise, lorsque l'utérus sera encore mobile et peu volumineux, comme au cours des deux ou trois premiers mois, et que l'opération se présente dans des conditions de facilité extraordinaire... je pense que c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut avoir recours, comme beaucoup moins grave. »

Tout récemment, SÉJOURNET (3) relate les indi-

(1) J.-L. FAURE, *L'hystérectomie*, 1906, p. 10.

(2) J.-L. FAURE, L'hystérectomie vaginale dans l'infection post-abortum. *La Médecine*, 1936, p. 266-268.

(3) SÉJOURNET, Les indications opératoires de 25 hystérectomies vaginales. *Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 7 février 1938, p. 119-122.

cations concernant 25 hystérectomies vaginales. P. HUARD et Ch. BERTRAND font une étude très documentée sur « les indications techniques de l'hystérectomie vaginale dans la chirurgie contemporaine, en particulier aux États-Unis » (1) ; l'on est, en effet, surpris de l'abondance des publications étrangères concernant l'hystérectomie vaginale, comparative-ment au petit nombre de travaux parus en France durant la même période.

En Allemagne, AMBREICH, PEHAM, STOECKEL, SCHAUTA, SCHILLING, PREISSECKER, von TOTH de Budapest apportent des statistiques impressionnantes ; d'autant plus impressionnantes que l'intervention n'est pas réservée uniquement aux cas relativement faciles concernant les malades porteuses de fibromes, de métrites, de prolapsus, mais constitue une méthode thérapeutique importante dans le traitement du cancer du col.

AMBREICH (2), en 1931, publie ses résultats : trente années d'hystérectomie vaginale dans le cancer du col utérin ; en 1920, il obtient dans une première série de cas, 21 % de guérisons de plus de 5 ans ; en 1925, 28 % des malades sont guéries dans les mêmes délais.

(1) HUARD, L'hystérectomie vaginale aux États-Unis. *Bull. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1939, p. 163, et in thèse QUI (LE DINH), Hanoï, 1936.

(2) PEHAM AMBREICH, Trente années d'hystérectomie vaginale dans le cancer du col utérin. *Wiener Klinische Wochenschrift*, an XLIV, N° 22, 29 mai 1931, et in *Gynäkologische Operationslehre*, 1930, p. 280.

STOECKEL (1) associe l'hystérectomie élargie (SCHUCHARDT-SCHAUTA) à la Radiumthérapie et à la Radiothérapie.

ADLER (Vienne) (2), sur 1.000 cas d'hystérectomie vaginale de 1901 à 1927, dit avoir de 35 à 50 % de guérisons au bout de 5 ans ; la mortalité de l'hystérectomie abdominale est 4 fois plus importante, et les guérisons de plus de 5 ans ne dépassent pas 22 % ; de même que STOECKEL, ADLER a perfectionné les résultats opératoires en ajoutant à l'opération vaginale les traitements radiothérapiques ; il a peu d'expérience de l'irradiation pré-opératoire ; il utilise toujours l'irradiation post-opératoire systématique depuis 1915. A la fin de l'intervention, le péritoine est fermé, les uretères sont protégés par de la gaze stérile ; l'opérateur insinue alors dans chaque paramètre 50 mmg. de Radium qu'il laisse de 6 à 8 heures ; nouvelle application deux mois après, suivie à 3 ou 6 mois d'intervalle, de 3 séances de Roentgenthérapie ; grâce à cette méthode mixte, de 1920 à 1926, ADLER arrive à un pourcentage de 36 % de guérisons de plus de 5 ans.

Von TOTH (3) (Budapest), au XXI^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie, fait un rapport très documenté sur les indications et la technique de l'hystérectomie vaginale ; il apporte 942 hystérectomies vaginales, ainsi réparties :

(1) STOECKEL, *Arch. für. Gyn.*, 1927, t. CXXXII, p. 125.

(2) ADLER, *Am Journ. Obst. and Gyn.*, vol. XXIII, N^o 3, mars 1932, p. 332-342.

(3) Von TOTH, *Arch. für Gyn.*, t. CXXXVII, 1929, p. 902-906.

406 cancers du col	(9 morts)
264 fibromes	(6 morts)
105 tumeurs annexielles	(2 morts)
167 lésions variées (rétroversions utérines adhérentes, lésions annexielles chez des femmes ménopausées.....	(3 morts)

W. SCHILLING (Leipzig) (1) rapporte les résultats éloignés de l'intervention pour cancer du col par le procédé de SCHAUTA-STOECKEL à la clinique gynécologique de Leipzig de 1923 à 1926 : pour 150 femmes opérées, la mortalité opératoire immédiate a été de 4 % ; 37 opérées étaient vivantes après 5 ans, soit 58 % de guérison. La radiumthérapie pré-opératoire a donné d'excellents résultats, et toutes les opérées ont été soumises après l'opération à la radiothérapie.

Il est assez curieux de voir une évolution aussi particulière du traitement du cancer du col : tous les auteurs allemands sont d'accord pour reconnaître la gravité immédiate de l'opération de WERTHEIM ; tous sont d'accord aussi pour constater que la voie vaginale associée à la radiothérapie pré et post-opératoire donne des résultats éloignés vraiment bons. Il semble qu'en France on soit encore assez loin d'une telle conception, bien que LUZUY dans sa thèse parle déjà

(1) SCHILLING, Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col par le procédé de SCHAUTA-STOECKEL à la Clinique Gynécologique de Leipzig de 1923 à 1926. *Zentr. für Gyn.*, 14 janvier 1933, p. 114-117.

du rôle possible du radium associé à l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer du col utérin.

Aux États-Unis, l'hystérectomie vaginale tient aussi une très grande place ; sans énumérer toutes les publications relatives aux indications, à la technique, parues ces dix dernières années, il faut citer les noms de BAKER SPALDING, KENNEDY, GELLHORN, SHELTON-HORSLEY, SPROAT HEANEY, BABCOCK, RICHARDSON, BRADY, DANFORTH, AVERETT, TYRONE.

BAKER SPALDING, de 1912 à 1926, a fait 603 hystérectomies vaginales avec seulement 3 morts (1) ; GELLHORN, qui pratique cette opération sous anesthésie locale, apporte en 1930, 82 interventions avec 3 morts (2) ; SHELTON HORSLEY (3) discute du traitement du cancer du corps utérin dans un article où il étend peut-être un peu trop les indications de la voie basse pour d'autres affections ; le cancer du corps utérin est pour lui l'indication majeure de l'hystérectomie vaginale. Sur 148 cas d'hystérectomie vaginale, 126 ont été faites pour des affections bénignes, 22 pour des cancers (14 cancers du fond, 6 du col, 2 chorio-épithéliomes) : 2 morts (dans les deux cas il s'agissait de cancers du col). Sur 22 cancers, 19 survies : 6 de 5 à 7 ans, 7 de 3 à 5 ans, 6 de 1 à 3 ans.

(1) BAKER SPALDING, L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, nov. 1926, p. 655-665.

(2) GELLHORN, Vaginal hysterectomy under local anesthesia. *Surg. Gyn. and Obst.*, oct. 1930, p. 483-490.

(3) SHELTON HORSLEY, L'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps. *The Am. Journ. of Surg.*, juin 1934, p. 582-594.

N. SPROAT HEANEY (1) a utilisé 627 fois l'hystérectomie vaginale pour des affections pelviennes bénignes, et n'a eu que 2 morts (péritonite, occlusion intestinale). RICHARDSON (2) oppose à la vaginale dans le traitement des affections bénignes de l'utérus, l'hystérectomie abdominale totale. WAYNE BABCOCK (3) est intervenu 300 fois par voie vaginale sans avoir aucun décès ; 80 fois il a pu au cours de l'intervention pratiquer l'ablation de l'appendice.

AVERETT (4), étudiant 348 cas d'hystérectomie vaginale, vante les avantages de cette opération : mortalité et morbidité moindre, diminution des péritonites et du shock ; dans le traitement des hémorragies utérines chez les femmes au voisinage de la ménopause, la mortalité est aussi peu élevée que celle due au traitement par le radium, et la guérison est obtenue sans séquelles, et surtout sans possibilité de récurrence maligne ; la convalescence est rapide ; il n'existe pas de risque d'éventration ; le drainage est réalisé d'une façon parfaite. Sur 348 cas, AVERETT n'a eu aucune mort ; les indications se répartissent de la façon suivante :

(1) SPROAT HEANEY, A series of 627 vaginal hysterectomy performed for benign diseases with three death. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1934, vol. 28, p. 751-755 et 1935, vol. 30, p. 269.

(2) RICHARDSON, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1935, vol. 30, p. 237.

(3) WAYNE BABCOCK, A technic for vaginal hysterectomy. *Surg. Obst. Gyn.*, février 1932, p. 193-199.

(4) AVERETT, 348 cas d'hystérectomies vaginales. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1938, p. 978-984.

Fibromes	219
Hyperplasie	68
Prolapsus	52
Prolapsus et cancer du col	1
Cancer du col utérin.....	6
Adénomyome	2

TYRONE (1), sur 311 malades, a 2 morts.

DANFORTH (2), sur 266 malades, n'a aucun décès ; pour lui les indications se résument de la façon suivante ; l'hystérectomie vaginale est pratiquée dans les cas de :

- Tumeurs fibreuses de l'utérus de petit volume,
- Utérus stériles atteints de dysfonctionnement,
- Métrites inguérissables au delà de 45 ans,
- Tumeurs polypeuses du col,
- Rétrodéviatiou chez les femmes à la ménopause,
- Prolapsus génital.

Cette dernière indication tient une très large place chez les anglo-saxons. « Chez les femmes près de la ménopause se plaignant de douleurs pelviennes, d'hémorragie et leucorrhée vaginales, avec gros utérus fibreux, un col chroniquement enflammé, un périnée disjoint, où il existe un léger degré de prolapsus, l'ablation totale de l'utérus par en bas, avec cure du cystocèle ou rectocèle est un procédé logique et

(1) TYRONE, New-Orleans M. & S. J., 1935, vol. 88, p. 490. (Analysé par HUARD, *loc. cit.*)

(2) DANFORTH, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, nov. 1938, vol. 36, p. 105. (Analysé par HUARD, *loc. cit.*)

indiqué. » (DANFORTH.) C'est aussi l'opinion de TYRONE et de C. J. HUNT.

De nouveaux procédés techniques sont décrits : ce sont l'hystérectomie vaginale sous-corticale de JACKSON, dont le but est de respecter les ligaments larges. L'hystérectomie vaginale subtotale avec interposition du col dans le traitement du prolapsus, de RICHARDSON (1).

KENNEDY (2), au Joseph Prince Hospital, dit pratiquer 95 % d'hystérectomies vaginales, 5 % seulement d'hystérectomies abdominales ; TYRONE emploie l'hystérectomie vaginale dans 40 % de ses interventions gynécologiques ; DANFORTH dans 30 % des cas. Par contre, DUPERTUIS et ZOLLINGER, analysant une série de 1.000 opérations radicales, ne trouvent seulement que 20 hystérectomies vaginales, soit 2 % (3).

Aujourd'hui l'hystérectomie vaginale a donc retrouvé un peu de sa grandeur passée. En France ce renouveau est récent, datant d'une dizaine d'années ; elle reste encore à l'heure actuelle, une intervention exceptionnelle ; l'on peut se demander si les résultats surprenants des Allemands dans le cancer du col utérin, des Anglo-Saxons dans la cure du prolapsus génital des femmes âgées, n'inciteront pas davantage

(1) RICHARDSON, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1936, vol. 32, p. 641.

(2) KENNEDY, Vaginal hysterectomy (indications). *Am. Journ. of Obs. and Gyn.*, avril 1927, N° 4, p. 506-511.

(3) DUPERTUIS et ZOLLINGER, A study of 1.000 consecutive operations from a general surgical service. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1938, vol. 67, p. 689-695.

les chirurgiens français à pratiquer plus souvent l'hystérectomie vaginale. Elle mérite peut-être plus que d'être pratiquée « exceptionnellement et par tradition ».

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Il existe plusieurs procédés pour pratiquer l'hystérectomie vaginale ; avant d'envisager les plus classiques, que l'on emploie couramment, et ceux plus rarement utilisés où la technique offre de multiples variantes aux différents cas qui peuvent se présenter, il faut étudier les temps préparatoires de l'intervention : ces préliminaires comportent la préparation de la malade, le choix de l'anesthésie, la position à donner à l'opérée au cours de l'intervention, enfin la disposition de l'opérateur et de ses aides.

A. Les temps préliminaires.

Préparation de la malade.

Les soins généraux n'ont rien de particulier ; ce sont les mêmes que ceux qui précèdent toute intervention ; l'examen complet de la malade a été fait, sa tension artérielle a été prise ; chez les femmes âgées, surtout celles qui sont porteuses de prolapsus, on aura eu soin de pratiquer un dosage d'urée.

L'avant-veille de l'intervention la malade aura reçu un lavement évacuateur ; nous sommes opposés au lavement donné la veille même de l'intervention : mieux vaut constiper les malades en leur donnant de l'extrait thébaïque ; cette préparation rectale est une chose à ne pas négliger. Quant aux soins vaginaux, ils sont réduits dans la plupart des cas, au minimum : une fois la malade sur la table d'opération, on aura soin de désinfecter soigneusement la cavité vaginale avec une solution alcoolique de mercurochrome.

Cependant, chez les malades atteintes de métrite, de paramétrite avec infiltration des ligaments larges, il est souvent utile de faire dans les jours qui précèdent, soit de petits pansements locaux, soit même une séance d'électrocoagulation du col ; on associera à ce traitement local la vaccinothérapie et la sulfamidothérapie. La malade est sondée avant l'intervention.

Choix de l'anesthésie.

Les avis sont partagés : certains auteurs pratiquent

l'anesthésie générale ; il est indiscutable, cependant, que chez les malades qui ont une tension suffisante, la rachianesthésie apporte des avantages considérables. Son seul inconvénient est de n'être pas toujours facile chez des femmes âgées dont la colonne vertébrale est plus ou moins soudée ; mais il faut avouer qu'il s'agit d'un inconvénient bien minime en regard des avantages que donne ce mode d'anesthésie.

A la Clinique Gynécologique, M. le Professeur COTTE emploie toujours la rachi-anesthésie. Il n'a jamais été noté d'incident. Il faut la pratiquer avec certaines précautions ; la malade qui a une tension un peu faible (9, 10) devra recevoir auparavant une injection d'éphédrine ; au cours de l'intervention même, on installe un goutte à goutte intramusculaire de sérum physiologique. Dans ces conditions, il est exceptionnel que les malades présentent le moindre malaise.

La rachi-anesthésie provoque un très grand relâchement de la sangle musculaire périnéale ; en outre, le silence abdominal est complet, la malade ne pousse pas, et pratiquement on ne voit jamais d'anse grêle faire irruption dans le champ opératoire.

Quant à l'anesthésie locale qu'a proposée CHUECO (1) et d'autre part GELLHORN (2), elle n'offre aucun

(1) CHUECO, FELDMANN et IMAR, Anesthésie locale pour hystérectomie vaginale. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 17 déc. 1928, p. 499-517.

(2) GELLHORN, Vaginal hysterectomy under local anesthesia. *Surg. Gyn. and Obst.*, oct. 1930, N° 4, p. 484-490.

avantage ; elle est d'ailleurs insuffisante la plupart du temps. C'est pour ces multiples raisons qu'il vaut mieux adopter, en principe, comme anesthésie, l'anesthésie rachidienne.

L'instrumentation.

Elle est simple : elle comporte soit un bistouri ordinaire, soit un bistouri électrique : cette dernière méthode permet de faire une section de la muqueuse vaginale avec une hémorragie très peu importante ; elle permet, d'autre part, de compléter le décollement vésico-utérin avec beaucoup de facilité. Il est nécessaire d'avoir plusieurs pinces de Museux, un jeu de valves vaginales de Doyen, des écarteurs de Farabeuf ; accessoirement, on peut adjoindre à ce matériel un écarteur vésical qui ne représente en somme qu'une petite valve vaginale et qui est d'un grand secours pour incliner la vessie en avant. Quant à l'éclairage, on se contente le plus souvent de l'éclairage du scialytique ; il est exceptionnel qu'on ait à utiliser, comme le préconisent les Américains, des valves éclairantes.

Position de l'opérée.

La rachi-anesthésie une fois pratiquée, la malade est étendue sur la table d'opération et attachée, les deux membres inférieurs sont relevés de chaque côté par des supports de jambes. La table est légèrement inclinée en arrière de façon à ce que l'axe de la cavité

vaginale se prolonge au niveau des yeux de l'opérateur ; le siège ne doit pas être surélevé, sinon l'on éprouve de grandes difficultés au cours de l'intervention.

Situation de l'opérateur et des aides.

L'opérateur est situé en face de la malade. Il a à sa droite et à sa gauche un aide : l'un a pour mission de tenir les écarteurs ; le rôle du second sera de poser les ligatures. Lorsqu'on a une certaine habitude de l'hystérectomie vaginale, un aide suffit la plupart du temps.

B. La technique proprement dite.

Quelle que soit la technique que l'on adopte, en définitive, technique que l'on peut d'ailleurs modifier en cours d'intervention, pour faire l'ablation proprement dite de l'utérus, les temps préparatoires restent les mêmes. Ce sont eux que nous décrirons les premiers ; il faudra ensuite envisager la technique de l'ablation de l'utérus et enfin la façon de terminer l'opération.

I. PRÉPARATION DU CHAMP OPÉRATOIRE

La malade ayant reçu sa rachi-anesthésie, les aides et l'opérateur étant en place, on commence par :

a) *La désinfection du champ opératoire* : un aide badigeonne la région périnéale et toute la cavité vaginale avec du mercurochrome à l'alcool ; pour le nettoyage de la cavité vaginale, on s'aidera d'une valve qui déprimera la fourchette et permettra ainsi une désinfection soigneuse de toute la muqueuse vaginale.

b) *Mise en place des champs stériles* : le plus simple est d'utiliser un champ unique, champ fendu. On le fixe avec des fils de catgut passés à l'aide d'une aiguille d'Emmet au niveau de la région pubienne en avant, en arrière juste devant l'anus qui doit être complè-

tement exclu ; accessoirement un catgut réalise un cerclage temporaire de l'anüs ; latéralement, assez loin pour ne pas être gêné en cours d'intervention, le champ sera fixé par deux petites pinces à champ. On pratiquera souvent une manœuvre qui donne beaucoup de jour en cours d'intervention : c'est la suture des petites lèvres de chaque côté avec un fil de catgut, si elles sont par trop exubérantes (Fig. 1).

c) *Préhension du col.* Une valve postérieure déprime la fourchette ; l'opérateur pince le col utérin avec des pinces ou une pince de Museux ; une seule pince est souvent suffisante, qui prend et la lèvre antérieure et la lèvre postérieure en masse. Le chirurgien peut déjà apprécier la mobilité ou au contraire la fixité de l'utérus.

d) *Incision circulaire du vagin :* conservant dans sa main gauche la pince-tracteur, le chirurgien pratique à 1 cm. $\frac{1}{2}$ environ du col, au niveau du point de réflexion de la muqueuse vaginale sur le col utérin, une section. Cette section peut être pratiquée au bistouri électrique ou au bistouri ordinaire. En même temps que le bistouri décrit son incision circulaire, le chirurgien incline, abaisse, ou relève le col en tirant sur la pince de Museux, et simultanément un aide suit avec un écarteur de Farabeuf le mouvement que décrit le bistouri. Souvent, cette incision de la muqueuse vaginale donne lieu à une petite hémorragie ; elle est surtout nette au moment de la section de la paroi vaginale postérieure. Il suffit d'un

petit tamponnement, ou du simple écrasement de la fourchette par la valve postérieure, plus rarement de la mise en place des pinces pour arrêter cette hémorragie. Le bistouri repasse sur l'incision et commence à amorcer en avant et en arrière le décollement (Fig. 1).

Si l'on intervient pour un cancer du col, il y a intérêt à exclure complètement le col utérin : pour cela on libère une collerette vaginale un peu large, qui est ensuite rabattue en capuchon au-devant du col ; un surjet de catgut réunit les deux lèvres : le fil de ligature sera conservé et utilisé au cours de l'intervention comme fil tracteur.

II. L'ABLATION DE L'UTÉRUS

Cette ablation de l'utérus peut se faire suivant différents procédés ; il faut connaître les plus couramment employés ; ce sont : celui de la descente de l'utérus, celui de la colpotomie antérieure, celui de la colpotomie postérieure.

a) Ablation de l'utérus par descente (Fig. 2 à 10).

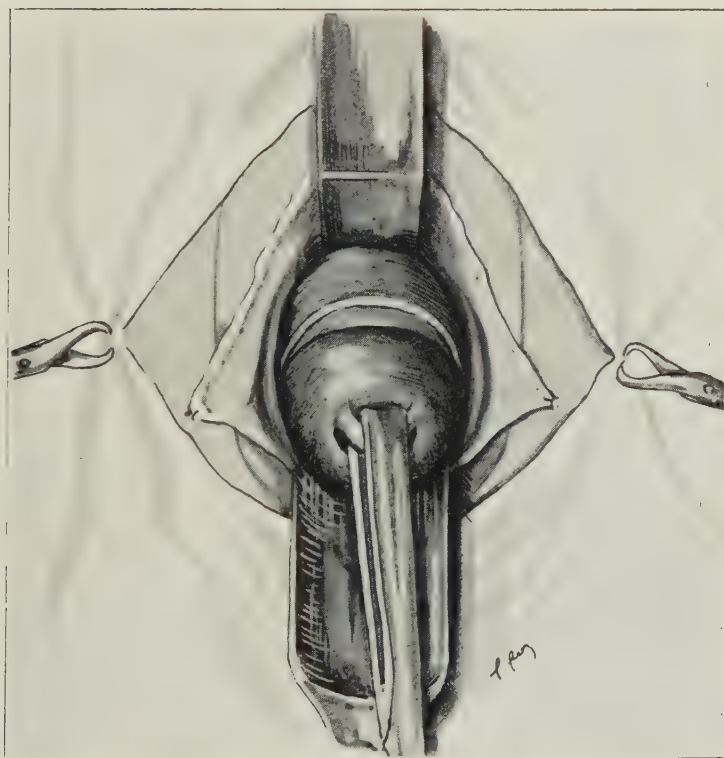
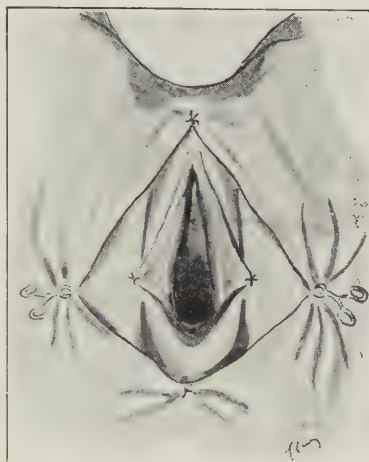
Cette technique comprend différents temps :

1^o *Ouverture du Douglas* : après la section de la muqueuse vaginale, on récline facilement en bas et en arrière la paroi postérieure du vagin ; le col est tiré en haut, la valve vaginale déprime fortement la fourchette, le doigt explorateur sent alors le cul-de-sac

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

FIG. 1.

Incision circulaire du vagin.
Le champ opératoire a été préparé : deux catguts fixent le champ fendu, en haut au niveau du pubis, en bas en arrière de la fourchette. Deux pinces à champ latérales. Les petites lèvres ont été fixées par deux catguts.



HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

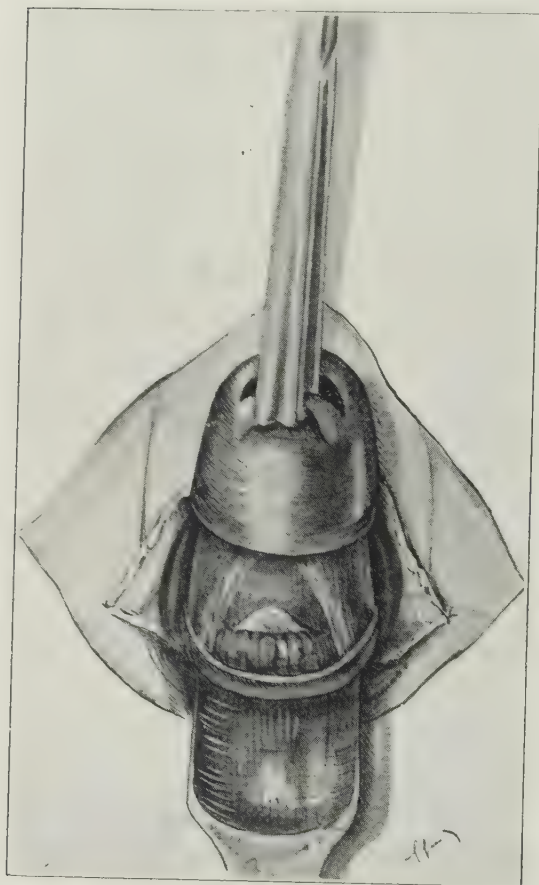


FIG. 2.
Découverte du cul-de-sac de Douglas: l'utérus
est fortement relevé; la saillie des deux ligaments
utéro-sacrés encadre le cul-de-sac péritonéal et
le rectum.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

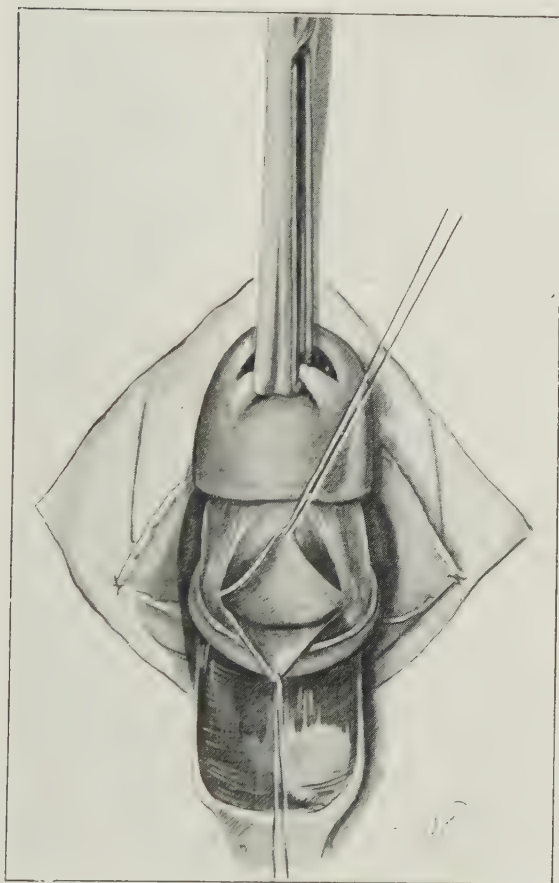


FIG. 3.

Ouverture du cul-de-sac de Douglas jusqu'au
bord interne des ligaments utéro-sacrés.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

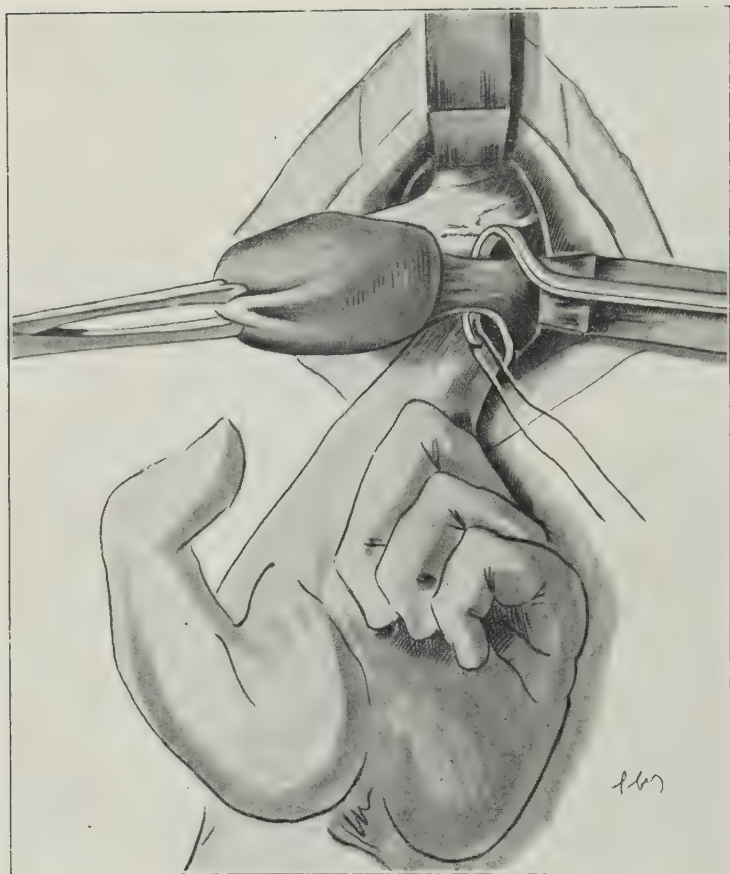


FIG. 4.

Ligature du ligament utéro-sacré gauche : le col est fortement tiré sur la droite de la malade ; un passe-fil est passé en arrière du ligament sous le contrôle de l'index.

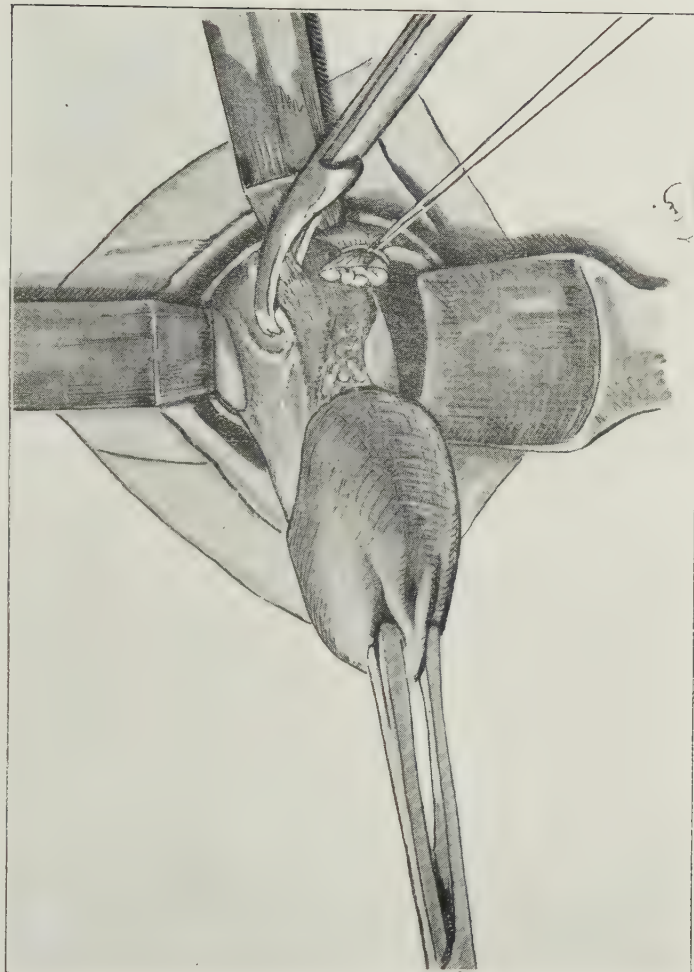


FIG. 5.

Le ligament utéro-sacré vient d'être lié : une pince est posée sur l'artère utérine et mord par son bec sur l'utérus.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

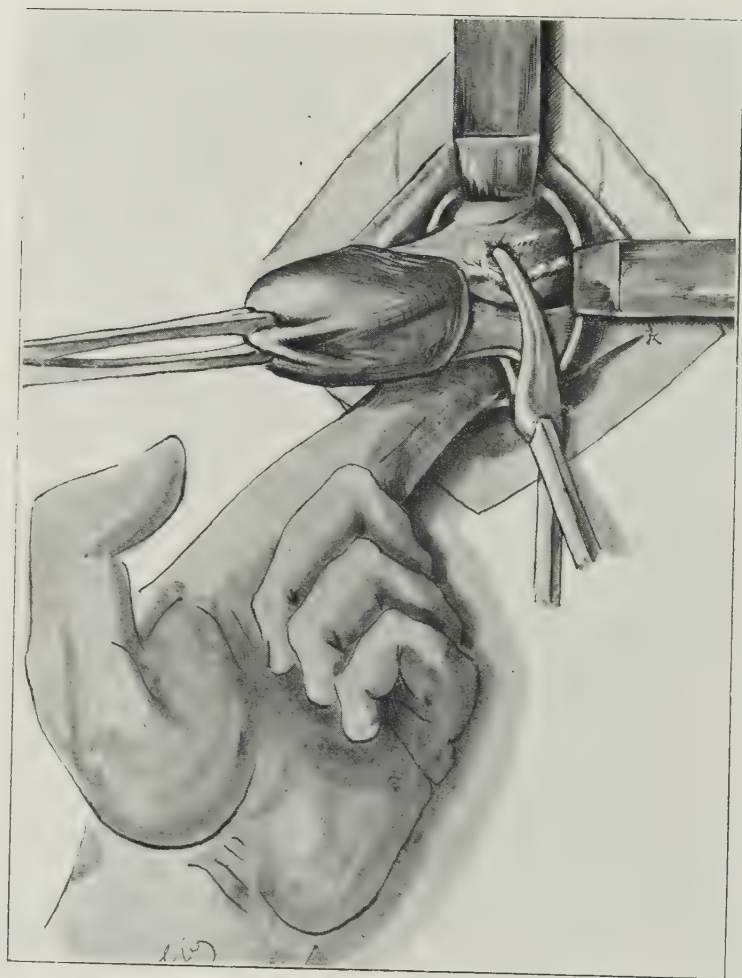


FIG. 6.

Variante technique : prise en masse du ligament utéro-sacré
et de l'artère utérine.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

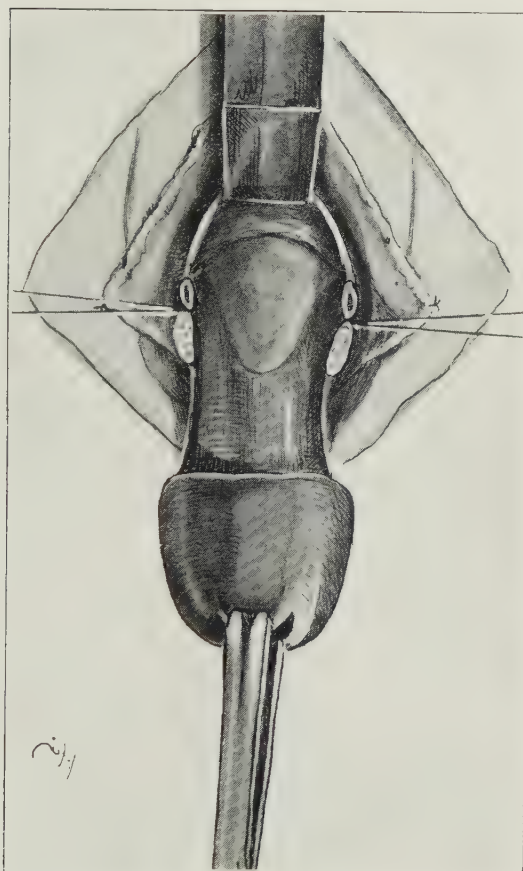


FIG. 7.

Découverte du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ; les fils des ligatures de l'utéro-sacré et de l'utérine ne sont pas encore sectionnés. L'écarteur de Farabeuf a laissé échapper la vessie que l'on aperçoit au-dessus du cul-de-sac péritonéal.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.

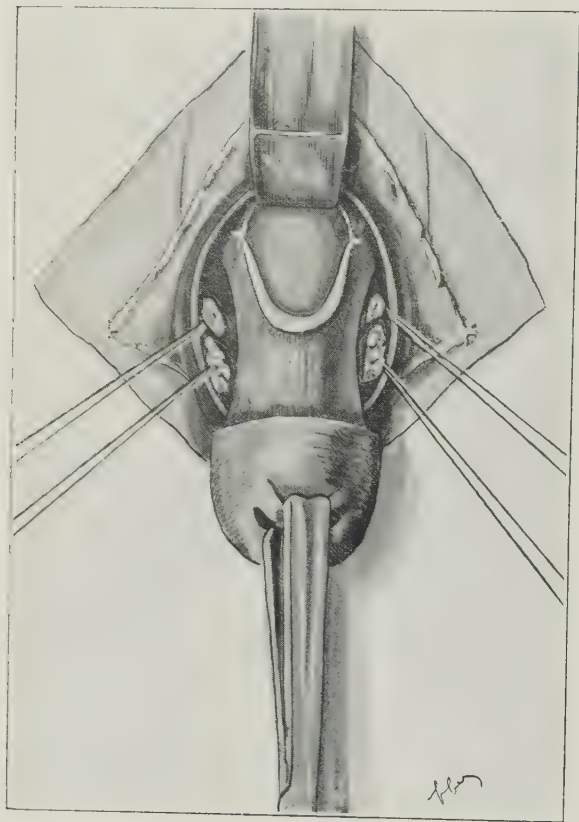


FIG. 8.
Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin; un écarteur
refoule et protège la vessie.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR ABAISSEMENT PROGRESSIF DE L'UTÉRUS.



FIG. 9.

La descente est terminée : ligature en masse du pédicule supérieur gauche ; les fils de ligature seront conservés ; les autres fils ont été sectionnés.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
PAR BASCULE ANTÉRIEURE.

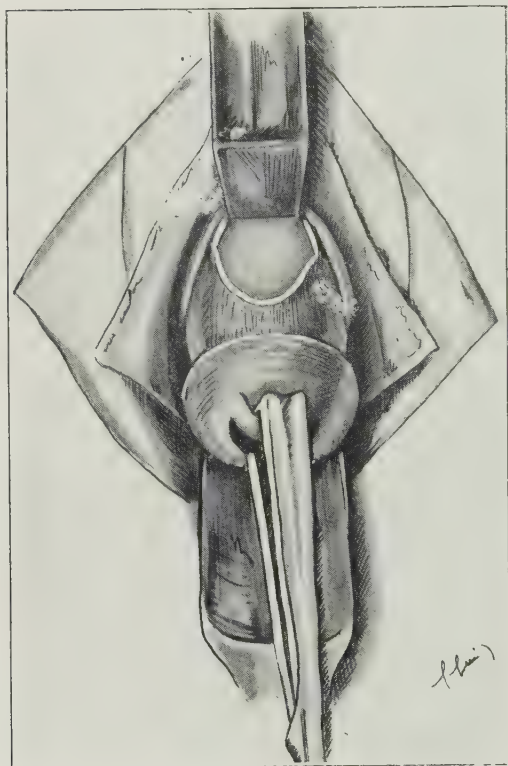
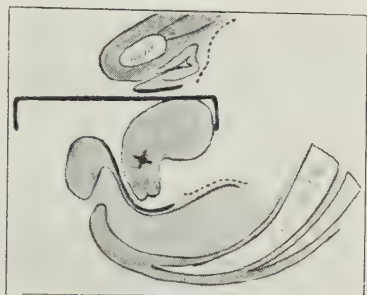


FIG. 10.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin ; les ligaments utéro-sacrés n'ont pas été sectionnés ; l'utérus ne s'abaisse pas.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR BASCULE ANTÉRIEURE.



Bascule utérine après accrochage du fond utérin par un écarteur de Farabeuf.

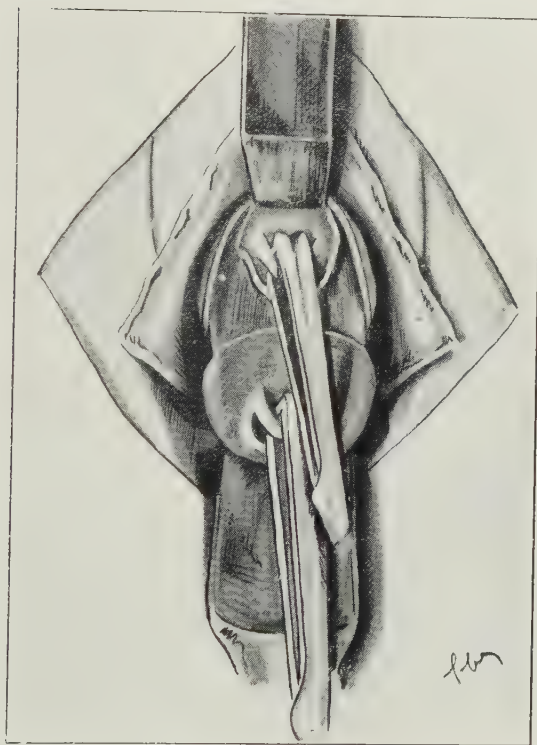


FIG. 11.

Préhension de la face antérieure de l'utérus ; une autre pince de Museux fera une nouvelle prise au-dessus de la première et ainsi de suite jusqu'à apparition du fond utérin.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR BASCULE ANTÉRIEURE.

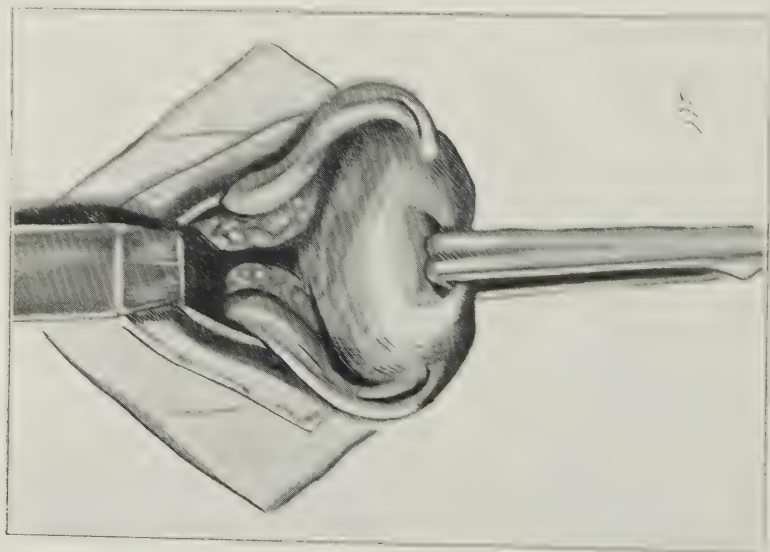


Fig. 42. — La luxation du fond utérin est terminée; le col a été refoulé au début de la base de la luxation.

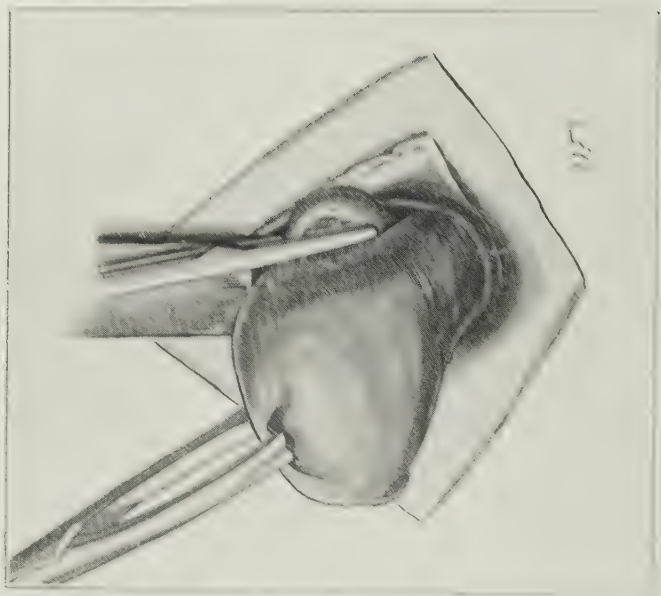


Fig. 43. — L'utérus est relevé en haut et à gauche de l'opérateur; le col est posé sur le pédicule antérieur gauche.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR BASCULE ANTÉRIEURE.

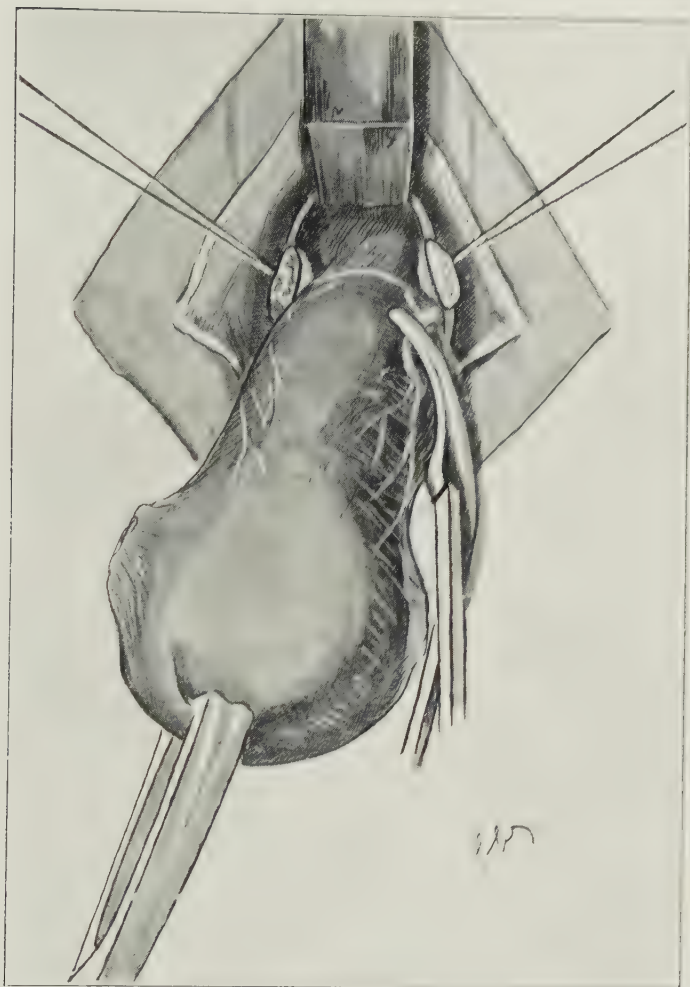


FIG. 44.

L'utérus complètement basculé, ne tient plus que par son pédicule inférieur; mise en place d'une pince qui prend en bloc, artère utérine et ligament utéro-sacré. Les ligatures des pédicules supérieurs sont conservées.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. TERMINAISON DE L'INTERVENTION.

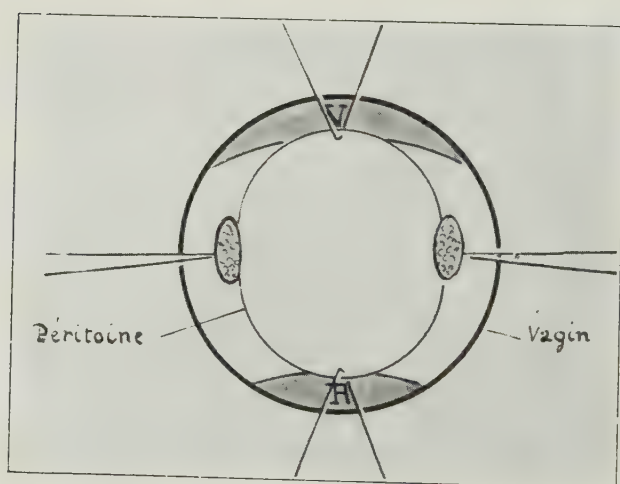
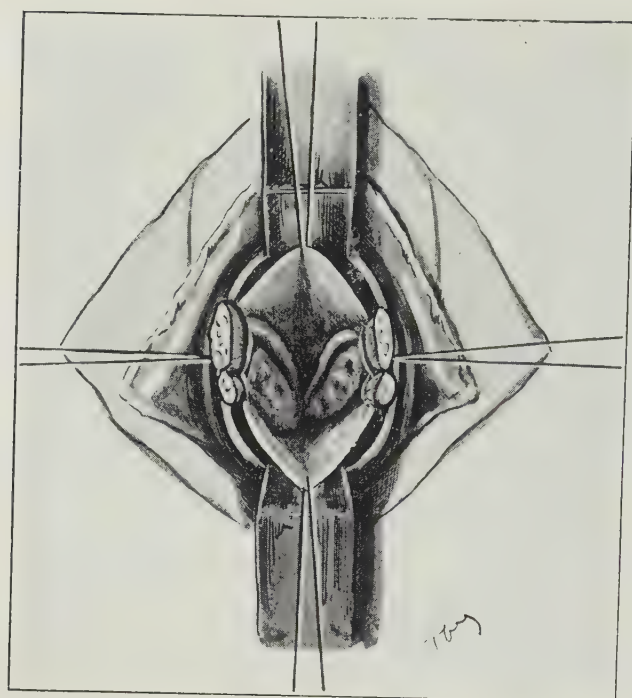


FIG. 15.

L'utérus est enlevé. Les deux fils de ligature du pédicule supérieur sont conservés; deux autres fils repèrent le péritoine en avant et en arrière.

En bas: vue schématique (V = vessie; R = rectum).

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.
TERMINAISON DE L'INTERVENTION.

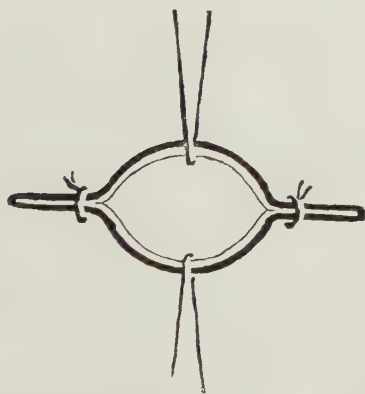
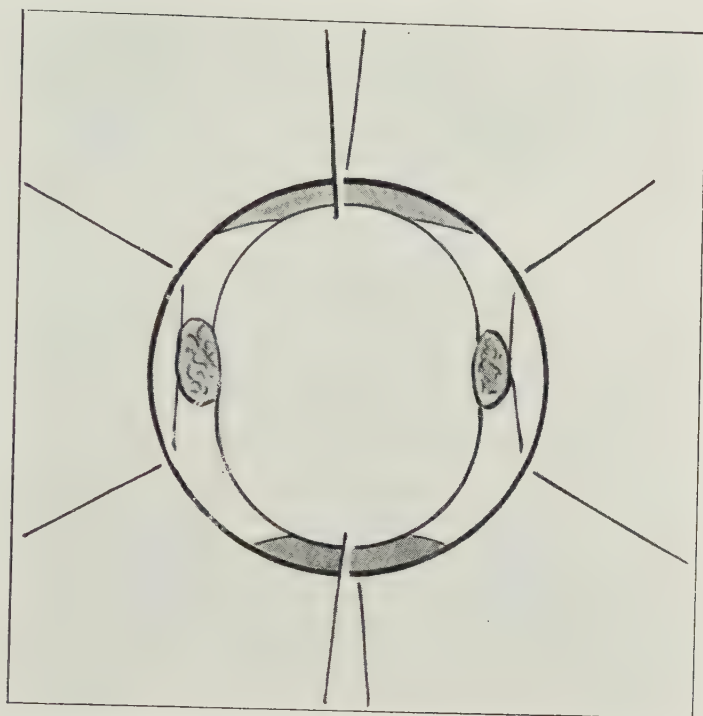


FIG. 16 et 17.

Le péritoine est laissé ouvert : suspension des angles du vagin
par les fils de ligature.

Le fil une fois serré, les moignons des pédicules disparaissent
derrière la suture vaginale.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE,
TERMINAISON DE L'INTERVENTION.

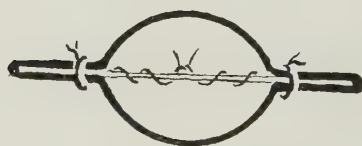
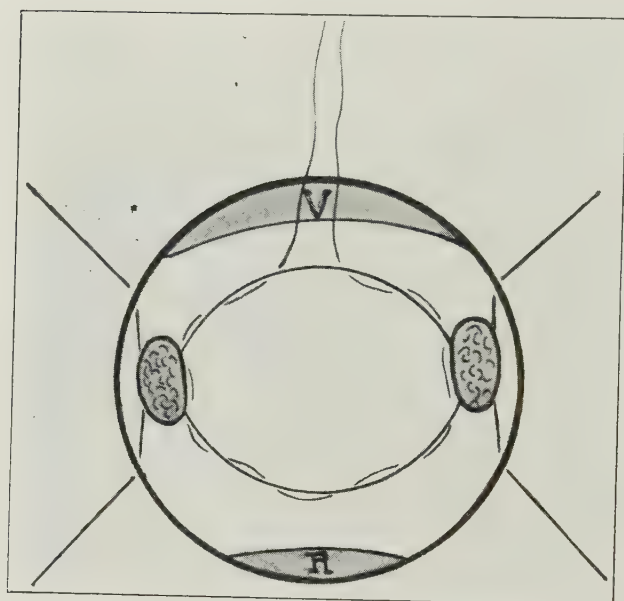


Fig. 18 et 19.

Le péritoine est fermé : suspension des angles du vagin ;
suture en bourse du péritoine.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC COLPECTOMIE.

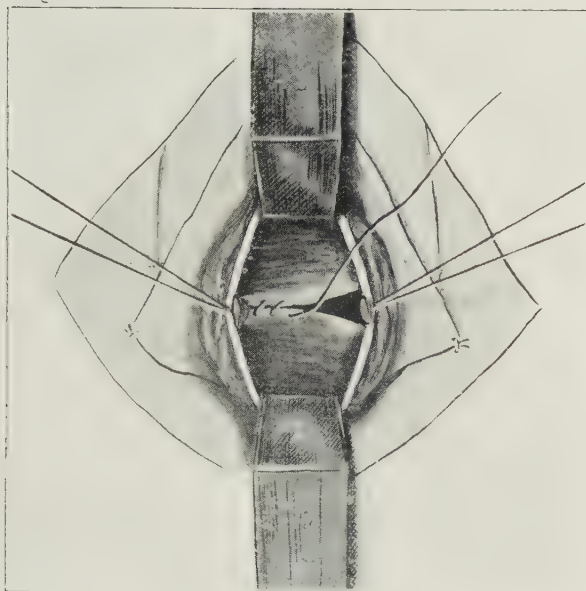


FIG. 20. — L'hystérectomie vaginale est terminée. les fils de ligature des pédicules sont conservés. Suture du péritoine. La vagin est maintenu récliné par deux écarteurs.

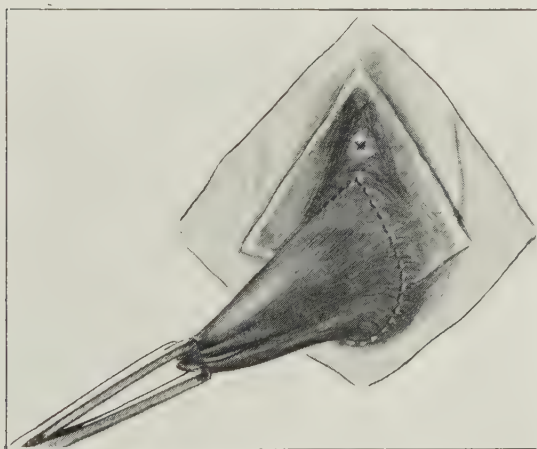


FIG. 21. — Après la fermeture du péritoine, les deux valves vaginales sont prises par une pince. Tracé de l'incision de colpectomie à la base du cône vaginal : l'incision arrive en pointe au-dessous du méat en avant et atteint en arrière la fourchette.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC COLPECTOMIE.

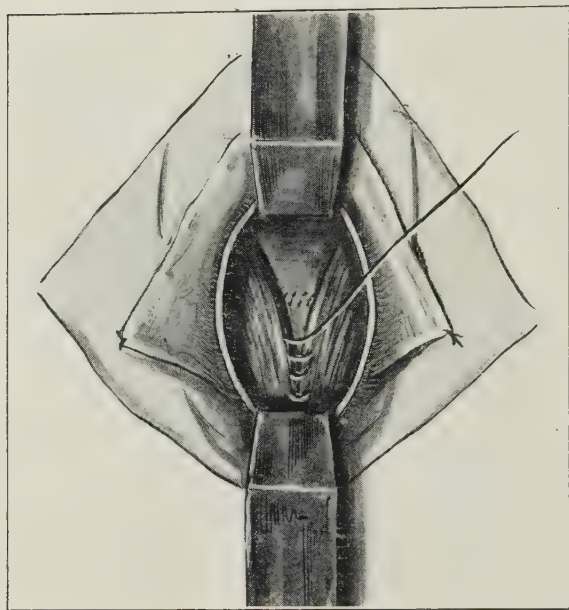


FIG. 22.

La colpectomie est terminée. Le rideau des releveurs est suturé sur la ligne médiane; on aperçoit au-dessus le surjet péritonéal. Il ne restera plus qu'à suturer par des points séparés les deux tranches vaginales latérales.

vaginal limité de chaque côté par les deux cordes tendues des ligaments utéro-sacrés (Fig. 2). Avec des ciseaux courbes, on incise le cul-de-sac de Douglas ; les ciseaux sont introduits à l'intérieur de la cavité abdominale ; on complète la section du péritoine latéralement, jusqu'au moment où les ciseaux viennent mordre sur les ligaments utéro-sacrés (Fig. 3). Il est absolument inutile, à la fin de ce premier temps, d'introduire une mèche dans le cul-de-sac ouvert ; pratiquement, on ne voit jamais les anses grêles ; cette manœuvre est inutile et gênante puisqu'elle encombre sans raison la plaie opératoire.

2^o *Section et ligature des ligaments utéro-sacrés* : à la fin de ce premier temps, l'utérus n'a sensiblement pas descendu. La section des ligaments utéro-sacrés représente alors un temps capital qui va provoquer la descente de l'utérus à la vulve. On pratique successivement la section et la ligature à droite et à gauche. On commence généralement à gauche : relevant de sa main gauche la traction qu'il exerce sur le col utérin, et déportant d'autre part cette traction sur la droite de la malade, l'opérateur fait ainsi saillir l'utéro-sacré gauche. Il peut poser facilement une pince, en général pince à utérine ; cette pince doit être mise au ras de l'utérus ; on peut utiliser aussi un passe-fil (Fig. 4). A droite, la manœuvre est un peu plus délicate : on est moins à sa main ; la main gauche tire le col en haut et à droite de l'opérateur ; on est obligé de croiser main gauche et main droite puisque cette dernière doit aller poser la pince sur

le ligament utéro-sacré gauche. Dès que la section des utéro-sacrés est réalisée, l'utérus s'abaisse. Cette libération des utéro-sacrés est un temps essentiel dans la descente utérine ; il est préférable après la section de mettre des ligatures : en effet, ces ligaments utéro-sacrés, dont la constitution est très complexe au point de vue anatomique, contiennent à leur intérieur des veines qui risquent de saigner ; les fils de ligatures sont sectionnés.

3^o *Ligature des artères utérines* : une fois la section des ligaments utéro-sacrés faite, on aperçoit nettement de chaque côté du col utérin auquel ils s'amarrent, les deux pédicules des artères utérines. C'est alors que l'opérateur pose, le plus près possible de l'utérus, en mordant avec le bout de la pince en plein tissu utérin, les deux pinces à utérine derrière lesquelles il sectionnera les artères (Fig. 5). Comme le temps précédent, il s'aidera dans cette manœuvre d'une traction latérale sur sa gauche pour la ligature de l'artère utérine droite, sur sa droite pour l'artère utérine gauche. Dès la section faite, on posera des ligatures dont les fils sont sectionnés.

En pratique, ces deux temps : ligature des utéro-sacrés et ligature des utérines sont souvent confondus et une seule pince permet de réaliser la ligature en masse de ces deux pédicules (Fig. 6).

4^o *La descente de l'utérus* : la section des utérines a encore accentué la descente de l'utérus : le col dépasse nettement la vulve. On pratique alors l'ou-

verture du cul-de-sac antérieur vésico-utérin ; un écarteur maintient la vessie réclinée derrière la symphyse (Fig. 7, 8). La simple traction suivant l'axe de la cavité utérine fait apparaître le ligament rond et le pédicule tubo-ovarien. Il suffit alors de mettre de chaque côté de l'utérus deux pinces hémostatiques ordinaires : l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut, les deux mors empiétant sur un territoire commun du ligament large (Fig. 9). La section est faite en dedans de ces deux pinces ; on peut d'ailleurs sectionner et lier isolément le ligament rond. L'ablation de l'utérus est terminée. Il ne reste plus qu'à réaliser la ligature du pédicule supérieur ; ce doit être une ligature aiguillée et si possible en chaîne, à moins que l'on ait le désir de compléter l'intervention par une ablation des annexes. Dans ce cas, il faut exercer une traction douce sur le pédicule supérieur pour voir apparaître en totalité la trompe et l'ovaire ; il est facile alors de poser une ligature sur le ligament infundibulo-ovarien. Le fil de ligature est conservé.

Ce procédé de la descente constitue donc une méthode simple, quand elle est possible ; le temps essentiel est la section des utéro-sacrés et accessoirement des utérines. Une fois l'utérus enlevé, avec ou sans castration, il ne restera plus qu'à terminer en fermant complètement la brèche péritonéale, ou au contraire en laissant tout ouvert ; mais c'est là un chapitre qui sera envisagé complètement plus loin.

b) La colpotomie antérieure
avec bascule antérieure de l'utérus (Fig. 10 à 15).

Les temps préliminaires sont les mêmes : préhension du col, incision de la collerette vaginale. Cette technique comporte les temps suivants :

1^o *Colpotomie antérieure: ouverture du cul-de-sac vésico-utérin* (Fig. 10). Un tampon monté permet d'accentuer le décollement de la vessie d'avec l'utérus ; il est utile de s'aider de ciseaux courbes qui sectionnent les adhérences des tissus péri-vésicaux en ayant bien soin de toujours garder le contact utérin et de ne jamais s'écarter de la ligne médiane. Le cul-de-sac vésico-utérin apparaît alors sous la forme d'un repli blanc-bleuté ; il est facile de l'ouvrir ; les ciseaux sont introduits dans cette brèche et ressortent écartés au maximum pour élargir l'ouverture. Dès lors, la vessie est confiée à un écarteur vésical qui la maintient en arrière de la symphyse pubienne ; il est absolument inutile de chercher à découvrir l'abouchement des uretères dans la vessie, abouchement qui constitue ce que les auteurs allemands appellent les « Blasenpfeiler » ou piliers de la vessie.

2^o *Préhension utérine et bascule antérieure.* La traction sur le col qui est reportée en arrière et en bas, permet de faire apparaître au-dessous de l'écarteur vésical la partie antérieure du corps utérin recouverte

de péritoine ; une pince de Museux fait alors sous le contrôle de la vue une prise large au niveau de cette face antérieure ; l'utérus est ainsi bien amarré (Fig. 11) ; on laisse se relâcher la traction sur le col, on enlève la pince qui maintenait la traction ; il est souvent pratique de refouler complètement en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, le col utérin ; dans les cas où ce col est trop volumineux, il y a intérêt à faire une amputation qui facilite beaucoup la manœuvre. Dès lors, tout en continuant à bien maintenir la vessie derrière la symphyse, l'opérateur va poser de proche en proche, en remontant, des pinces de Museux jusqu'au niveau du fond utérin et cela toujours sous le contrôle de la vue. Tout à coup, ce fond utérin se luxe en avant de la symphyse, entraînant avec lui, de chaque côté, les éléments de son pédicule supérieur (Fig. 12). On refait une prise qui prend largement le fond utérin ; on réalise ensuite le troisième temps de l'opération : la ligature des pédicules. Il faut remarquer que ces pédicules se présentent très bien pour la ligature ; ils sont en effet beaucoup moins étalés que dans la technique de la descente puisqu'ils ont subi un véritable mouvement de torsion de 180°. Cette technique de la bascule antérieure n'est pas toujours aussi facile à réaliser ; il faut connaître un artifice qui consiste à faire cette bascule en amarrant le fond utérin avec le crochet d'un écarteur de Farabeuf ou à l'aide de longs ciseaux coudés ; cette manœuvre a l'avantage d'être beaucoup moins traumatisante pour l'utérus ; elle est valable dans les cas d'utérus trop friables, trop mous.

Il faut cependant remarquer que cette bascule antérieure n'est pas toujours une manœuvre simple : on est très gêné dans le cas particulier de l'utérus en rétroversion qu'on a de la peine à relever, surtout si de minces adhérences le maintiennent un peu fixé en arrière. Il s'agit là d'une éventualité assez rare, malgré tout, et si cette bascule antérieure est impossible, on n'aura qu'à changer de tactique en utilisant le procédé de la bascule postérieure après colpotomie.

3^o *Ligature du pédicule supérieur.* Il est préférable de faire des ligatures séparées du ligament rond et des trompes. On aura aussi avantage à aiguiller cette dernière ligature ; on peut d'ailleurs compléter la mise en place d'un premier fil par la pose d'un deuxième fil de sûreté ; ces fils sont gardés. Une fois la section et les ligatures du pédicule supérieur faites, la bascule utérine est complète ; l'utérus ne tient plus que par le pédicule inférieur (Fig. 13).

4^o *Section et ligature des artères utérines et des ligaments utéro-sacrés.* Le fond utérin qui se présente face à l'opérateur est tiré en bas ; l'utérus descend. L'opérateur pose alors une pince à droite ; puis à gauche. Il s'aide, dans cette manœuvre, de l'inclinaison utérine à gauche ou à droite (Fig. 14).

5^o *Ouverture du cul-de-sac de Douglas.* L'utérus ne tient plus que par un mince feuillet séreux au niveau du cul-de-sac de Douglas. Ce feuillet est sectionné aux ciseaux. L'ablation de l'utérus est ainsi terminée.

Nous verrons plus tard les différentes méthodes que l'on emploiera en fin d'intervention.

c) Colpotomie postérieure.

La technique, dans ce cas, est tout à fait superposable à celle de la colpotomie antérieure. Nous ne ferons qu'énumérer les différents temps opératoires qui sont les suivants :

1^o Colpotomie postérieure : ouverture du cul-de-sac de Douglas.

2^o Bascule de l'utérus en arrière ;

3^o Ligature du pédicule supérieur ;

4^o Ligature des artères utérines ;

5^o Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

L'hémostase.

Il faut envisager, pour terminer ce chapitre de la technique, les différentes méthodes d'hémostase : on n'employait autrefois que les pinces de DOYEN que l'on enlevait secondairement au bout de 48 heures ; certains chirurgiens, et en particulier les Parisiens, sont restés fidèles à cette méthode qui expose moins aux accidents hémorragiques à leur avis, que la méthode des ligatures ; à Lyon, X. DELORE était aussi partisan de laisser les pinces à demeure ; elles assuraient à son avis un véritable drainage.

Aux États-Unis on emploie le plus couramment la ligature systématique des pédicules ; cependant, dans le cas de cancer utérin, l'usage de clamps semble offrir de multiples avantages : rapidité, facilité de

- l'hémostase et partant un plus large pourcentage d'opérabilité ; telle est du moins l'avis de KENNEDY (1). CHUECO (2) a proposé récemment une nouvelle méthode d'hémostase en surjet des ligaments larges ; son procédé est basé sur la péritonisation des deux feuillets du ligament large avec ligature simultanée des gros vaisseaux : il nous semble que ce procédé est assez complexe et difficile à réaliser en dehors de cas où l'hystérectomie vaginale est facile.

M. le Professeur COTTE emploie systématiquement les ligatures qui remplacent les pinces ; on utilise du catgut N° 2 ordinaire et l'on conserve toujours les extrémités des fils qui aideront beaucoup à la fin de l'opération, soit pour péritoniser, soit pour amarrer le dôme vaginal aux moignons des ligatures du pédicule supérieur ; ce n'est que dans des cas exceptionnels, la main forcée, que l'on laissera les pinces à demeure.

(1) KENNEDY, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1938, p. 984.

(2) CHUECO, *Gyn. et Obst.*, Paris 1925, t. XII, p. 23 à 36.

III. TERMINAISON DE L'OPÉRATION (Fig. 15 à 19)

Quelle que soit la technique employée pour l'ablation de l'utérus, on pourra terminer l'opération de différentes façons qui peuvent s'appliquer à n'importe quelle technique d'ablation. Avant de réaliser les derniers temps de l'intervention, le chirurgien fera une *vérification soigneuse de l'hémostase*: une petite mèche est introduite dans le fond de la cavité pendant que les aides maintiennent de chaque côté les fils des ligatures ; cette mèche est retirée ; une valve vaginale postérieure expose très bien la plaie opératoire ; il faut savoir que, le plus souvent, le petit suintement sanglant qui existe est dû à l'hémorragie qui se produit au niveau de la tranche vaginale postérieure : c'est toujours une hémorragie peu importante. Il suffira simplement de mettre deux ou trois catguts en X, ou en surjet, pour la juguler. Le chirurgien repérera ensuite soigneusement *le péritoine* antérieur et postérieur qui a toujours tendance à remonter à l'intérieur de la cavité abdominale ; il est facilement amarré avec une pince sans griffes et il est inutile de s'encombrer au moment même de l'ouverture du cul-de-sac antérieur ou du cul-de-sac postérieur, des fils d'amarrage que continuent à utiliser certains auteurs. *Les tranches de section vaginales* sont très facilement reconnues, et dans les deux angles de la brèche vaginale les aides maintiennent les fils de ligatures des pédicules (Fig. 15).

La région étant ainsi exposée, le chirurgien a la possibilité de terminer son intervention de façon variable. Il peut utiliser en effet les différents procédés suivants :

- a) **Fixation simple de la tranche de section vaginale aux pédicules, le péritoine restant ouvert** (Fig. 16 et 17).

A chaque angle de la section vaginale, le chirurgien amarre par des catguts les différentes ligatures. Ces ligatures sont posées avec une aiguille courbe de Reverdin qui va prendre en plus, dans chaque angle, et la tranche péritonéale antérieure et la tranche péritonéale postérieure. Le péritoine reste ainsi ouvert mais le vagin est maintenu amarré par les fils de ligatures des pédicules. Une mèche est introduite dans la brèche péritonéo-vaginale qui subsiste.

- b) **Fermeture totale du péritoine et amarrage du vagin aux pédicules** (Fig. 17 et 18).

La technique diffère de la précédente par le fait que, dans un premier temps, on réalise une suture en bourse, isolée du péritoine. Dans un deuxième temps, on amarre de la même façon que précédemment, les angles vaginaux aux pédicules dont on a conservé les fils de ligatures ; ce sont ces fils de ligatures qui, passés et dans la tranche vaginale antérieure et dans la tranche vaginale postérieure, serviront à suspendre le moignon vaginal. Cette fermeture vaginale peut rester incomplète ou bien, au contraire, être complétée

par d'autres fils posés en surjet entre les deux lèvres. Une variante consiste à faire croiser sous la bourse de fermeture péritonéale les moignons des pédicules droit et gauche qui forment en quelque sorte un hamac sous le cul-de-sac péritonéal ; là encore le vagin leur est amarré.

c) La myorraphie des releveurs.

Il est souvent utile de compléter l'hystérectomie vaginale par ce dernier temps qui constitue pour ainsi dire l'épilogue de cette intervention ; la plupart des chirurgiens l'associent systématiquement à l'hystérectomie vaginale ; il est parfois indiqué d'adjoindre à ce temps une large résection de la paroi vaginale postérieure, et si cela est nécessaire une colporraphie antérieure ; il est indéniable que ce temps complémentaire terminal évitera l'apparition ultérieure de rectocèle chez les femmes au périnée défaillant. Cependant, mieux vaudra s'en abstenir dans les cas où l'hystérectomie vaginale aura été difficile : on s'expose ainsi à des accidents infectieux qui entraîneront la désunion de la périnéorraphie ; d'autre part, le drainage se fait mal ; mieux vaut attendre et reprendre ces malades dans un second temps.

Tels sont les différents procédés classiques de l'hystérectomie vaginale avec les différentes techniques de terminaison. A côté de ces procédés que l'on emploie couramment, il en est d'autres qui représentent des variantes : il est rare qu'on ait à s'en servir ; cependant, il ne faut pas les ignorer car, dans

certain cas, ils peuvent faciliter grandement une hystérectomie vaginale difficile. On peut grouper ces variantes techniques sous trois rubriques, l'une concernera uniquement les procédés techniques imposés par certaines conditions locales (volume de l'utérus, parties molles résistantes, friabilité utérine, col utérin trop volumineux). L'autre comprendra tous les procédés appliqués à des indications variables (cancer du col, prolapsus utérin). La dernière enfin, plus particulière, se rapportera à l'hystérectomie vaginale subtotale.

C. Les procédés d'exception dans l'hystérectomie vaginale.

a) LES VARIANTES TENANT A L'ÉTAT LOCAL

Il suffit de les énumérer ; ce sont :

— *L'hémisection antérieure (procédé de Doyen)* ou *l'hémisection totale de l'utérus (procédé de Muller et Quénu)*. Ce procédé peut rendre de très grands services dans le cas où la descente et où la bascule sont difficiles. Il a l'avantage de permettre une extériorisation facile des deux moitiés utérines et partant une ligature très bien exposée de tout le pédicule supérieur. Il a l'inconvénient de provoquer l'ouverture de la cavité utérine, toujours dangereuse dans les cas de cancers.

— Le *morcellement* doit être aussi un procédé d'exception ; l'hystérectomie vaginale doit, en effet, se passer en vase clos et l'on comprendra que cette section successive des différentes tranches utérines que réalise le morcellement est loin d'être idéale. Lorsqu'on est par hasard obligé de faire le morcellement, c'est le plus souvent le fait d'une erreur d'indication.

— *La myomectomie préalable*. C'est un artifice de technique qu'il faut bien connaître car il peut rendre de très grands services au début d'une hystérectomie vaginale difficile du fait de la présence d'un myome de l'isthme, ou postérieur. *A priori*, l'existence d'un myome utérin, bien individualisé, ayant un certain

volume, est une contre-indication à la voie basse. Mais il peut arriver que les conditions générales (obésité, hypertension avec albuminurie, emphyseme, etc...) fassent pencher en faveur de l'hystérectomie vaginale ; il ne faut pas que l'existence d'un myome soit une contre-indication absolue ; il faut savoir que l'on peut très bien, dans ces cas, faire une hystérectomie vaginale avec deux temps : dans un premier temps on pratique la myomectomie ; l'opérateur incise directement sur le myome qui est facilement repéré et palpé ; il l'énuclée le plus souvent sans de trop grandes difficultés. C'est alors que, dans un deuxième temps, on pratique l'hystérectomie vaginale : c'est une hystérectomie vaginale banale qui est retombée dans le cadre classique de l'hystérectomie telle que nous l'avons décrite.

— *L'amputation préalable du col* ne doit pas être systématique ; elle a des indications exceptionnelles. Un col peut d'emblée paraître extrêmement gênant par son volume, surtout par sa longueur ; en réalité, il ne gêne jamais lorsqu'on utilise le procédé de la descente ; au contraire, dès que l'on veut utiliser la bascule utérine en avant ou en arrière, le col hypertrophique peut rendre cette manœuvre assez difficile ; il faut se rappeler ce que nous avons dit plus haut : quand le col est gênant dans la bascule, il suffit après avoir fait une prise sur le corps utérin de le refouler dans le cul-de-sac postérieur où il trouve toujours la place de se loger. Sur 245 observations, nous ne l'avons utilisée que deux fois.

— *Les débridements vulvaires ou périnéaux* sont

utilisés très rarement. On retrouve là en effet un des avantages de l'anesthésie rachidienne ; le relâchement de la sangle périnéale qu'elle provoque est, le plus souvent, bien suffisant pour ne pas recourir à un débridement. Cependant il faudra se souvenir de ce procédé, dans les cas où les parties molles sont particulièrement rigides, chez les femmes âgées au vagin atrésique, conique, aux culs-de-sac effacés, chez les malades qui n'ont pas eu de grossesses ; il faudra aussi se rappeler cet artifice technique, si le volume de l'utérus, sa mollesse risquent de compliquer l'intervention.

Le simple débridement latéral est suffisant : il se résume souvent en une épisiotomie banale. Quant au large débridement postérieur à la Schuchardt, il ne se conçoit que dans les cas où l'on doit faire une intervention très élargie, cancer du col par exemple.

b) LES VARIANTES TECHNIQUES DÉPENDANT DE L'INDICATION

Dans deux cas particuliers, la technique de l'hystérectomie vaginale ne doit plus être celle que nous avons décrite ; ce sont les cas d'hystérectomie vaginale pour cancer utérin et pour prolapsus de l'utérus.

Cancer du col utérin. Les Allemands : SCHAUTA, PEHAM, AMREICH, pratiquent tous des hystérectomies vaginales très élargies avec débridement systématique à la Schuchardt, dissection et isolement com-

plet des deux uretères, colpectomie plus ou moins étendue. En France, CUNÉO et PICOT ont proposé une autre technique. Ils font une incision transversale, située en arrière de la fourchette ; c'est une véritable hystérectomie périnéale ; comme les Allemands, ils isolent complètement les deux uretères et terminent par une colpectomie plus ou moins élargie. Voici, résumée, la technique allemande de l'hystérectomie vaginale élargie dans le cancer du col :

Débridement allant de la commissure postérieure du vagin à l'ischion gauche ; découverte des muscles transverses du périnée, du releveur de l'anus qui est partiellement sectionné ; section d'une collerette vaginale qui est rabattue en capuchon au-devant du col et réalise ainsi une exclusion complète de la tumeur de la plaie opératoire ; ouverture du cul-de-sac vésico-utérin avec ligatures des utérines, section des ligaments utéro-sacrés ; découvre des piliers vésicaux constitués par l'abouchement des deux uretères : dissection minutieuse de ces deux conduits sur plusieurs centimètres. On termine par une hystérectomie vaginale banale. Reconstitution du releveur de l'anus, suture du péritoine. Une mèche sous-péritonale.

D'une façon systématique, à cette hystérectomie élargie est associé le traitement radium ou radiothérapique pré ou post-opératoire.

Prolapsus. Depuis longtemps on admet que l'hystérectomie vaginale seule est incapable de réaliser la cure du prolapsus ; c'est dire qu'il est nécessaire de compléter l'hystérectomie vaginale par une col-

pectomie large et par une périnéorraphie postérieure.

Dans ce cas, l'hystérectomie vaginale est toujours très facile ; c'est la plus facile des hystérectomies vaginales ; l'utérus est tout abaissé à la vulve. L'opérateur doit simplement se souvenir que le rectum et surtout la vessie ont accompagné l'utérus dans sa descente ; aussi est-il nécessaire d'inciser la muqueuse vaginale à 2 cm. au maximum de l'orifice cervical pour ne pas courir le risque de blesser la vessie. La colpectomie peut être préalable ou au contraire réalisée en fin d'intervention. Quant à la périnéorraphie, c'est une règle formelle de la faire systématiquement.

Le plus souvent la colpectomie est faite après l'hystérectomie ; FAYOT (1), dans sa thèse, en a bien précisé la technique. Après l'ablation de l'utérus, le péritoine est fermé (Fig. 20) ; la colpectomie constitue le deuxième temps de l'opération : l'incision qui en marque les limites atteint en arrière la fourchette, et arrive en avant juste au-dessous du méat ; le décollement est souvent facilité par deux incisions de décharge verticales antérieure et postérieure, faites sur la ligne médiane (Fig. 21). On termine toujours par une myorraphie des releveurs (Fig. 22). Les deux tranches vaginales sont suturées sur la ligne médiane.

Point de détail technique à retenir : l'emploi des pinces à demeure est à bannir complètement ; seules les ligatures permettent une intervention orthopédique utile.

(1) FAYOT. *Traitement chirurgical des prolapsus génitaux*, Thèse, Paris, 1932.

c) L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SUBTOTALE

Pratiquée pour la première fois en Allemagne par RIEK (1910), puis par BARDELEBEN, KRONING, DODERLEIN (1), vulgarisée en Amérique par BARTON COOKEHIRST (1919), c'est PELLANDA (2) qui eut le mérite de la faire connaître en France : il apporte, en 1929, une série de 126 hystérectomies vaginales subtotaies.

Sa meilleure indication concerne toutes les affections utérines pour lesquelles l'hystérectomie s'impose, chez la femme jeune. Plus simple que l'hystérectomie vaginale totale, elle a sur elle l'avantage de se passer presque hors du ventre : après colpotomie antérieure, la suture du péritoine vésical à la face postérieure du col la transforme en une opération complètement extra-péritonéale.

Après ouverture du cul-de-sac antérieur, on provoque la bascule de l'utérus en avant comme dans le cas d'hystérectomie totale par bascule antérieure. Le pédicule supérieur est pincé et lié ; une deuxième pince écrase la partie moyenne du ligament large qui est, lui aussi, sectionné et lié. C'est alors que l'on ferme le péritoine par une suture du péritoine vésical au péritoine de la face postérieure du col. On pratique ensuite la section de l'utérus et un évidement conoïde du col. On termine en suturant le col à la tranche

(1) DODERLEIN et KRONING, *Operative Gynäkologie*, Leipzig, 1924.

(2) PELLANDA. Loc. cit. *Lyon chir.*, 1929, pp. 50-65.

vaginale antérieure qui est elle-même amarrée au pédicule supérieur dont on a conservé les fils de ligature. Une mèche est laissée au contact de la loge cruentée. Nous apportons 2 cas d'hystérectomie vaginale subtotale suivie d'interposition du col, pour prolapsus.

Les suites opératoires

Tous les chirurgiens qui pratiquent l'hystérectomie vaginale insistent sur la bénignité des suites de cette intervention. Ces suites sont, en général, étonnantes de simplicité : on est toujours frappé de voir ces malades le soir de l'intervention, à la contre-visite : elles sont calmes, ne souffrent pas, le pouls est bien frappé, le ventre est souple (il est inutile de mettre une vessie de glace). Le premier jour, on se contentera de faire, outre le sérum sous-cutané, des injections de solucamphre, une piqûre de morphine pour la nuit. Une fois les gaz faits, dès le deuxième jour, la malade peut commencer à s'asseoir dans son lit. Si le péritoine est laissé ouvert, on enlèvera la mèche vaginale le sixième jour : on se contentera de lavages vulvaires jusqu'au dixième jour ; ce n'est qu'à partir de cette date que l'on commencera à donner des injections vaginales sous faible pression. Lorsque le péritoine a été fermé, la mèche vaginale sera enlevée plus tôt, dès le quatrième ou le cinquième jour. Le lever aura lieu le douzième jour, lorsque les suites sont simples, sans fièvre ; il est préférable de retarder un peu ces délais chez les femmes âgées ayant subi une colpo-hystérectomie.

Les suites opératoires semblent d'autant plus simples que le péritoine a été complètement suturé, excluant ainsi complètement les moignons de liga-

tures ; souvent (dans un tiers des cas environ), les malades vont présenter au contraire pendant les 8 ou 10 premiers jours, une légère poussée thermique (37° 6, 38°) lorsqu'on a terminé l'intervention par un large drainage qui laisse le péritoine ouvert.

CHAPITRE III

INDICATIONS

Le problème des indications de l'hystérectomie vaginale est double. En présence d'une malade, le chirurgien a fait un diagnostic et a posé le principe de la nécessité d'une intervention ; d'un point de vue pratique, deux possibilités s'offrent à lui : l'opération par voie haute, la laparotomie ; l'opération par voie basse, l'hystérectomie vaginale.

Dans la grande majorité des cas, il aura recours à la première ; dans quelques cas rares, il est vrai, il peut hésiter : en effet, certaines conditions générales tenant à la malade elle-même semblent mettre à égalité les deux modalités opératoires dans son choix ; s'il est tout à fait sûr de sa technique, de la précision de son geste en faisant une laparotomie, il n'envisage malgré tout pas sans une certaine inquiétude les suites de cette intervention qu'il n'ose pas proposer à sa malade ; il craint de lui faire courir, dans ce cas particulier, trop de risques. C'est alors qu'est admis en théorie le principe de l'hystérectomie vaginale. Cette intervention est-elle possible ? Il lui faut faire

maintenant un bilan anatomique exact, afin de savoir s'il pourra la réaliser facilement ; c'est rechercher les conditions locales, conditions imposées de l'hystérectomie vaginale. L'hystérectomie vaginale étant techniquement possible, il lui reste à savoir dans quelle mesure il est en droit de compter sur elle dans le traitement de l'affection causale.

En somme, le problème est double dans ce chapitre des indications de l'hystérectomie vaginale. C'est d'abord la question des conditions locales, conditions anatomiques imposées ; c'est ensuite la recherche de la valeur de l'hystérectomie vaginale envisagée comme méthode thérapeutique. C'est là de beaucoup le chapitre le plus intéressant.

I. Les conditions anatomiques qui rendent l'hystérectomie vaginale possible.

Ce sont, comme nous l'avons dit, des conditions imposées. Elles sont nécessaires pour que l'hystérectomie vaginale soit facile.

1^o L'utérus ne doit pas être trop gros.

Il est bien entendu qu'on ne saurait envisager aujourd'hui l'hystérectomie vaginale dans le cas de fibromes trop volumineux. La laparotomie est tellement simple, tellement rapide, qu'il est inutile d'en discuter les avantages. C'était là une considération qui, étant donné l'effroyable mortalité de la laparotomie n'arrêtait pas les chirurgiens comme PÉAN, SECOND ; mais il s'agissait, entre leurs mains, de véritables tours de force chirurgicaux qui n'ont plus de raison d'être actuellement.

Il faut que l'utérus soit de volume moyen (au maximum d'une tête de fœtus) ; il doit pouvoir se coucher facilement sous la symphyse pubienne au moment de son accouchement. Cependant, il s'en faut que le problème soit aussi simple : le chirurgien se trouve parfois en présence d'une malade obèse, emphysémateuse, porteuse d'un fibrome assez volumineux, hémorragique ; a-t-il le droit d'abandonner toute intervention sous prétexte que l'état général de la malade est une contre-indication formelle ? Ce n'est pas notre avis ; et c'est dans ces cas rares, évidemment,

qu'en utilisant certains artifices techniques on peut proposer l'hystérectomie vaginale à une malade sans avoir l'impression de lui faire courir de trop grands risques. On peut se donner du jour en incisant le périnée latéralement ou en arrière par une incision oblique en direction de l'ischion gauche (débridement à la SCHUCHARDT). Nous l'avons pratiqué cinq fois pour des fibromes volumineux accompagnés de lésions, six fois pour des métrites avec gros utérus, et trois fois pour des cancers du corps utérin. D'autre part, la myomectomie préalable précédant l'hystérectomie, permet aussi une extériorisation plus facile ; nous avons, dans nos observations, 4 cas de myomectomie préalable : 3 pour des myomes volumineux du fond ; 1 pour un myome de l'isthme particulièrement difficile à libérer. Enfin, dans le cas d'utérus hyperplasique ou d'adénomyomatose diffuse (éventualité où la myomectomie est impossible), on peut avoir recours au morcellement ; mais c'est un procédé à ne pas recommander systématiquement ; il présente, en effet, des inconvénients : il ouvre la cavité vaginale, toujours septique ; mais c'est là un ennui bien relatif dans la plupart des cas, en regard des risques graves de récurrence lorsque cette manœuvre s'applique à un cancer du corps.

En somme, il faut un utérus dont le volume ne doit pas dépasser celui d'une tête de fœtus ; cependant, dans les cas-limites, il faut savoir qu'une incision de décharge, une myomectomie préalable, à la rigueur le morcellement, rendront plus facile l'hystérectomie vaginale.

2° L'utérus ne doit pas être trop friable.

Il est bien entendu que l'hystérectomie vaginale doit être faite en vase clos ; au cours de manœuvres de traction, de bascule, l'utérus peut se rompre ; le danger est double dans le cas d'utérus trop friable : danger immédiat de rupture ; danger secondaire d'infection ou d'ensemencement. Ce danger existe surtout au cours des hystérectomies vaginales pratiquées pour des cancers du corps utérin ; il existe aussi, plus rarement il est vrai, dans les cas d'hystérectomies vaginales faites pour des infections post-partum ou post-abortum. Enfin, signalons le cas particulier du cancer de l'isthme où l'on risque de provoquer la rupture sous l'influence d'une traction un peu forte : la partie supérieure de l'utérus remonte alors dans l'abdomen et tout essai de nouvelle prise entraîne une nouvelle déchirure.

Il n'est pas toujours facile de parer à ce danger ; c'est souvent en cours d'intervention que le chirurgien se rend compte de la friabilité utérine ; après avoir fait une prise large sur le col, on doit alors exercer une traction continue progressive ; il faut agir avec beaucoup de douceur en imprimant de petits mouvements de latéralité, d'inclinaison antérieure ou postérieure qui vont permettre un accouchement plus facile. On évitera, d'autre part, de poser les pinces sur le corps utérin proprement dit au moment de la bascule ; divers auteurs ont même proposé des instruments variés qui permettent de déborder le fond utérin en arrière et de le ramener ensuite en avant ;

il est plus simple d'utiliser un écarteur de Farabeuf ou une paire de ciseaux coudés ; ceux-ci sont introduits en avant ou en arrière pour pénétrer jusqu'au niveau du fond utérin ; ils accrochent le fond utérin et une simple traction provoque le désenclavement et la bascule ; dès que le fond utérin est apparu à la vulve, deux pinces latérales sont posées sur les ligaments ronds et fixent définitivement l'utérus.

Nous rapportons le cas d'une malade chez laquelle on avait porté le diagnostic d'utérus fibro-mateux avec polype intra-utérin, et qui s'est révélé en fait un épithélioma adénoïde du corps utérin ; au moment du décollement vésico-utérin, on provoqua la rupture de l'isthme et l'issue de bourgeons néoplasiques au niveau de la plaie opératoire ; le même incident se reproduisit au moment de la colpotomie postérieure ; dans ce cas, on fut réduit à faire une hystérectomie vaginale par morcellement. Et c'est sans doute à cet incident opératoire qu'il faut imputer la récurrence rapide au niveau de la cicatrice, trois mois après l'intervention.

**3° L'utérus doit être mobile ou mobilisable ;
il doit être facilement abaissable.**

L'utérus ne doit pas être fixé ; il n'est évidemment pas question de faire l'exérèse de l'organe complètement bloqué par un blindage du petit bassin ; la mobilité utérine est une condition essentielle à la bonne marche de l'hystérectomie vaginale. Cette hystérectomie est d'autant plus facile que l'utérus

est plus mobile, et il est classique de dire que l'hystérectomie la plus simple est celle que l'on pratique dans le cas de prolapsus ; cependant il arrive souvent que la simple rétraction des ligaments utéro-sacrés donne l'impression d'utérus solidement amarré ; à l'intervention la seule section de ces ligaments libère complètement l'utérus que l'on peut abaisser à la vulve.

4° Le col tracteur.

Le col utérin représente la meilleure prise pour exercer les tractions au moment de l'abaissement ; comme l'utérus, il ne doit pas se déchirer trop facilement : il y a intérêt à faire des prises larges avec de puissantes pinces de Museux. Trop volumineux, il peut être gênant au moment de la bascule : il est alors nécessaire de faire une amputation partielle préalable. Trop petit, parfois complètement effacé (cas d'un cancer du col), il faut le dégager après incision de la collerette vaginale pour obtenir une traction correcte.

5° Les parties molles : vagin, périnée.

L'hystérectomie vaginale ne doit pas être tentée chez des vierges, chez les femmes au vagin cicatriciel, scléreux, étroit, profond, au périnée rigide. Si la condition idéale est réalisée par la multipare, qui présente un début de prolapsus, dont le vagin est large, admettant trois doigts, parfois toute la main,

dont le périnée est très dépressible, il est rare en pratique qu'on la rencontre fréquemment.

Il peut s'agir d'une femme âgée dont la muqueuse vaginale est atrésiée ; le vagin est long, étroit, conique ; ses culs-de-sac sont complètement effacés, rétractés et enserrrent le col. Le périnée est rigide, difficilement dépressible. Ou bien la malade présente des lésions cicatricielles, des brides consécutives à une déchirure ancienne du vagin. Ce sont là des conditions locales qui ne facilitent pas l'hystérectomie vaginale. La rachianesthésie, il est vrai, peut procurer un certain relâchement de la sangle musculaire périnéale, mais bien souvent on est obligé de recourir au débridement vulvaire.

L'incision de décharge à la SCHUCHARDT peut rendre service, bien qu'en fait nous l'employons rarement ; il suffit de faire une simple épisiotomie pour se donner du jour.

Telles sont les exigences anatomiques de l'hystérectomie vaginale concernant l'utérus, le vagin, le périnée, plus accessoirement le col. Il s'agit là de conditions absolument nécessaires sur lesquelles on ne peut passer. Ce n'est que dans quelques cas rares, véritablement imposés par les circonstances, que l'on aura recours à certains artifices techniques : incision de Schuchardt, amputation préalable du col, myomectomie précédant l'hystérectomie, morcellement (à ne faire que la main forcée). Ces différents procédés vont donner plus de facilité à une hystérectomie vaginale à la limite.

6^o Les reproches

que l'on peut adresser à l'hystérectomie vaginale.

C'est une intervention radicale. — Par sa définition même, l'hystérectomie vaginale ne peut être que radicale ; elle n'est ni plus, ni moins radicale que l'hystérectomie abdominale. Il est nécessaire de poser une indication précise : et c'est justement là que réside la plus grande difficulté ; il n'est pas toujours facile, en effet, de faire un diagnostic exact ; les erreurs ne sont pas rares ; le chirurgien, sur une indication opératoire erronée, part pour faire une hystérectomie vaginale, et il lui est difficile de reculer une fois engagé.

En fait, le reproche que l'on fait à l'hystérectomie vaginale s'adresse plus à la voie vaginale. La laparotomie permet évidemment de redresser une erreur, de corriger un diagnostic ; l'indication opératoire peut être modifiée sur-le-champ suivant les lésions qui se présentent ; et c'est en comparant voie vaginale et voie haute que l'on est obligé de reconnaître la sécurité que donne la laparotomie dans tous les cas où le diagnostic est hésitant. Ce principe admis, il est évident que la voie vaginale ne peut être que radicale ; aussi on ne la pratiquera jamais, sauf exception, chez la femme jeune. Dans le cas de nos observations, qui portent sur un total de 245 hystérectomies vaginales, nous ne relevons qu'une seule hystérectomie à 27 ans et 20 hystérectomies entre 30 et 40 ans. Après 40 ans, la date de la ménopause approchant, on ne peut faire un grief de pratiquer l'hystérectomie

vaginale ; il est à notre avis inutile de chercher à être conservateur à l'excès ; en pratique, d'ailleurs, M. le Professeur COTTE pratique le moins possible l'hystérectomie vaginale avec castration : sur 245 hystérectomies vaginales, 107 sont des hystérectomies avec conservation des annexes ; les malades se plaignent moins de troubles de la ménopause que lorsqu'elles ont subi une intervention radicale.

L'hystérectomie vaginale est aveugle. — C'est là un reproche qui revient souvent dans les discussions sur l'hystérectomie vaginale. Il est évident que l'on y voit moins bien que par le ventre ; cela est surtout net quand les indications ont été mal posées et en particulier lorsque les conditions anatomiques nécessaires n'ont pas été respectées : l'intervention se passe alors dans un véritable cul-de-sac ; les pédicules sont très mal vus, les prises sont faites au juger, les ligatures sont délicates à poser. Il est évident aussi que c'est une voie particulièrement aveugle dans l'abord des annexes : et c'est de là, surtout, qu'est venu le discrédit de l'hystérectomie vaginale. Nous ne défendrons pas sa cause dans cette chirurgie des annexes ; le chirurgien ne peut pas travailler sous le contrôle de la vue, c'est au juger que ses doigts libèrent les adhérences ; et souvent les annexes sont plus ou moins rompues ou dilacérées au moment où il essaye de les abaisser à la vulve.

Les indications étant bien posées, les conditions habituelles de l'hystérectomie vaginale étant respectées, on n'a pas le droit de dire que l'hystérectomie

vaginale est aveugle ; toutes proportions gardées, elle l'est moins qu'une amputation périnéale du rectum. L'utérus descendant bien, l'intervention tout entière se passe à la vulve, les pédicules sont bien exposés, la ligature en est aisée, le péritoine est repéré avec beaucoup de facilité, de même que la tranche de section vaginale ; et toute l'intervention apparaît comme réglée dans ses moindres détails et très précise.

Nous insisterons, pour terminer, sur la nécessité de donner une bonne position à la malade : la malade repose sur le dos, jambes relevées ; la table est légèrement inclinée en arrière. Le siège de la malade n'est pas surélevé, l'axe de la cavité vaginale n'est que très légèrement oblique en haut et en avant, arrivant au niveau du visage de l'opérateur. En effet, la table ne doit pas être trop inclinée, ni le siège surélevé : on voit alors plus la paroi antérieure du vagin que la cavité vaginale elle-même. Il s'agit là d'un détail sur lequel insistait déjà DOYEN.

On peut voir au cours de l'hystérectomie vaginale des blessures des organes voisins. — Ce peuvent être soit des lésions intestinales, soit des lésions vésicales, soit enfin des lésions urétérales.

Les lésions intestinales : il est rare de voir des blessures du rectum ; lorsqu'on garde bien le contact avec la face postérieure du col utérin, l'ampoule rectale ne court aucun danger et pratiquement le risque de blessure est certainement moindre au cours d'une hystérectomie vaginale que dans le cas d'une myorraphie des releveurs ; dans deux de nos observations

on sutura en deux plans une petite brèche rectale : la guérison eut lieu sans incident.

Quant *aux blessures du grêle*, elles constituent des lésions particulièrement graves et elles ne doivent pas se rencontrer. La rachi-anesthésie donne en effet un silence abdominal parfait, et d'autre part la légère déclivité de la table font que le grêle est maintenu au-dessus du promontoire et qu'on ne le voit pas au cours de l'intervention. Par contre, dans le cas d'anesthésie générale difficile chez une malade qui pousse, les anses grêles envahissent la plaie opératoire et elles courent le risque d'être sectionnées au moment de l'ouverture du Douglas, ou pincées dans la mise en place des pinces. C'est surtout lorsque l'indication est mal posée, chez les malades qui présentent des lésions annexielles qui fixent des anses grêles dans le petit bassin que le danger est maximum. En pratique donc, avec une bonne rachi-anesthésie, une indication bien posée, on ne doit jamais voir des lésions de l'intestin grêle. Il ne faut jamais faire de prise à l'aveugle. Par ailleurs cette absence d'irruption du grêle offre de gros avantages en dehors de ces considérations : le danger d'ensemencement est nul et l'on ne voit pas de réactions péritonéales après une hystérectomie vaginale réalisée dans de bonnes conditions. Nous n'avons aucun cas de blessure du grêle parmi nos observations : nous ne pratiquons jamais l'hystérectomie vaginale dans le cas de lésions annexielles. Les Allemands, au contraire, qui utilisent largement la voie vaginale dans de tels cas, avouent voir des blessures de l'intestin grêle en cours d'intervention.

Le danger vésical est évident. On peut blesser la vessie au cours d'hystérectomie vaginale, comme au cours de toute colporraphie antérieure pour cystocèle ; c'est un accident rare ; il suffit de passer dans le bon espace ; on décolle alors la vessie et on la protège ensuite par la mise en place d'un écarteur. L'écarteur fait d'ailleurs bâiller la brèche et écarte de chaque côté l'abouchement des deux uretères. Ces blessures vésicales risqueraient d'être ennuyeuses en donnant des fistules vésico-vaginales si elles passaient inaperçues ; en règle générale, on s'aperçoit souvent au cours de l'intervention que l'on a blessé la vessie : et rien n'est plus simple que d'enfouir par des sutures en bourses successives la plaie vésicale. Nous avons pourtant quelques observations de blessures de la vessie : à trois reprises, la vessie a été suturée en cours d'intervention, les suites ont été simples ; dans quatre autres cas, la plaie était passée inaperçue ; les malades firent une fistule vésico-vaginale : deux ont guéri spontanément au bout de cinq semaines ; l'une put être secondairement suturée ; une enfin nécessita un colpocléisis haut.

Les uretères ne courent *a priori* pas plus de danger que dans une hystérectomie abdominale. On risque de léser l'uretère en plaçant la pince sur l'artère utérine, surtout à droite, le chirurgien étant moins à sa main. Les lésions urétérales étaient relativement fréquentes à l'époque où l'hystérectomie vaginale avait de vastes indications ; les fistules urétéro-vaginales n'étaient pas rares après des interventions difficiles : « TUFFIER, dans une étude faite à la Société

de Chirurgie en 1895, en avait rassemblé 40 cas ; SEGOND en comptait deux sur 450 hystérectomies vaginales, SCHAUTA, 9 sur 218 (1). » Depuis les travaux de COMMANDEUR, de JABOULAY, de RICARD, tout le monde sait qu'au cours de l'hystérectomie abdominale l'uretère reste en bas quand on soulève l'utérus, qu'il reste en haut au cours de l'hystérectomie vaginale lorsqu'on abaisse l'utérus ; il existe toujours un espace de 2 à 2 cm. $\frac{1}{2}$ entre artère utérine et uretère, espace qui est d'autant plus net que l'on place la pince au ras même de l'utérus. En pratique, nous n'avons observé aucune fistule urétérale ; le fait de refouler la vessie et avec elle l'abouchement des deux uretères, explique facilement la rareté de la lésion urétérale.

Le risque d'hémorragie est très grand au cours de l'hystérectomie vaginale. — C'est le reproche que l'on fait peut-être le plus fréquemment à cette intervention. Ce danger existe-t-il vraiment ? Ce n'est pas niable ; il existe, comme dans toute intervention chirurgicale qui vise à enlever un organe richement vascularisé. Le vrai danger c'est qu'après la section des pédicules les pinces ne dérapent ou que ne tombent les ligatures. Une traction imprudente sur un fil peut amener le lâchage du pédicule ; c'est pour cela que pendant très longtemps, et même aujourd'hui encore, certains chirurgiens, en particulier les Parisiens, préfèrent laisser des pinces à demeure plutôt que de

(1) LENORMANT et LEIBOVICI. Les fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie. *Gyn. et Obst.*, 1924, p. 251.

poser des ligatures. Il arrive parfois que l'artère utérine est mal pincée : ses branches terminales sont en effet souvent plus ou moins éparpillées avant d'arriver sur le flanc de l'utérus ; la première pince n'a pris que les branches les plus inférieures ; il ne faut pas hésiter à mettre une deuxième pince au-dessus pour faire une bonne hémostase.

En réalité, lorsqu'un pédicule lâche, et c'est surtout lorsqu'on a exercé sur ce pédicule une traction (c'est le cas de l'hystérectomie vaginale), il a tendance à se rétracter et à disparaître dans le fond de la plaie. Dans toute hystérectomie vaginale, on ne pose que deux ligatures importantes de chaque côté ; l'une sur le pédicule supérieur, qui comprend le ligament rond et la trompe, l'autre sur le pédicule inférieur, l'artère utérine. De ces deux pédicules, un seul a tendance à remonter, le supérieur : c'est celui qu'il faut lier avec le plus de précautions, il est utile d'aiguiller la ligature. On peut, d'autre part, mettre en place un deuxième fil de ligature qui constitue un fil de sécurité. Quant au pédicule de l'utérine, si la ligature lâche, on voit toujours dans le fond de la plaie, et très visiblement l'artère, parce qu'elle est grosse et qu'elle donne du sang par jets saccadés. Il semble donc que ce ne soit pas là des reproches valables. A la Clinique gynécologique, où l'on pratique systématiquement la ligature des pédicules, sur 245 observations, nous avons eu six accidents, dont trois graves. A deux reprises seulement, nous avons été obligés de laisser des pinces à demeure, les ligatures apparaissant trop difficiles dans ces cas particuliers.

Personne ne saurait nier les inconvénients de l'hystérectomie vaginale. Cependant, ces inconvénients tiennent beaucoup plus aux indications mal posées qu'à la technique même ; dans la plupart des cas l'hystérectomie vaginale apparaît comme une intervention bien réglée et en dehors du risque hémorragie qui impose une hémostase soigneuse, on ne court pratiquement pas plus de risques que par voie abdominale du point de vue purement technique. Elle offre à l'opposé de multiples avantages qui vont souvent faire peser la balance en sa faveur contre l'hystérectomie abdominale.

7° Les avantages de l'hystérectomie vaginale.

Les indications de l'hystérectomie vaginale étant bien posées, elle apporte avec elle des avantages appréciables. Les principaux de ces avantages sont les suivants :

C'est une intervention simple ; la technique a des temps bien réglés ; toute l'opération se passe à la vulve, sous le contrôle de la vue ; l'hémostase est faite facilement par des ligatures ; on repère les pédicules ; la suture vaginale et la suture en bourse du péritoine sont réalisées sans difficulté.

C'est une opération rapide. C'est surtout vrai dans les cas où on laisse les pincés à demeure ; l'hystérectomie vaginale peut être réalisée en quelques minutes ; seule l'hémostase représente une perte de temps à la fin de l'intervention.

Ces deux raisons, simplicité et rapidité d'exécution

font d'elle une intervention peu shockante : on est souvent surpris de l'état des malades que l'on voit le soir à la contre-visite, le jour même de leur opération ; elles ne présentent aucun shock, elles vont bien ; cette absence de shock s'explique très facilement : l'hystérectomie vaginale représente en quelque sorte un véritable accouchement sans hémorragie. L'ouverture péritonéale est réduite au minimum ; il s'agit d'autre part du péritoine pelvien, le moins sensible ; pratiquement, on n'ouvre pas plus le péritoine qu'au cours d'une cure de hernie. Tout au long de l'intervention on ne voit pas les anses intestinales ; aussi le shock viscéral est absolument nul et l'hystérectomie vaginale présente indiscutablement un énorme avantage sur la laparotomie. D'autre part, chez ces malades grasses, obèses, cardiaques, emphysémateuses, l'intervention n'impose pas la mise en position de Trendelenburg, qui est très pénible.

Tels sont les avantages essentiels de l'hystérectomie vaginale. Il en est d'autres accessoires qui cependant ont aussi leur valeur. Elle assure un drainage au point déclive : c'était un argument d'importance du temps où l'hystérectomie vaginale était pratiquée pour les suppurations pelviennes ; elle permettait, suivant l'expression de PÉAN, de « faire sauter la bonde ». D'autre part, l'hystérectomie vaginale ne laisse aucune cicatrice ; c'est là un avantage évidemment secondaire ; mais on ne peut nier que dans certains cas il ait quelque importance. Elle permet de faire dans le même temps, une restauration périnéale. Dans les suites opératoires, elle met à l'abri des éventrations

qui sont fréquentes chez les malades obèses, âgées, après la laparotomie.

Enfin, les malades acceptent très volontiers une intervention qui n'impose pas une laparotomie et qui, à leurs yeux, apparaît moins mutilante qu'une hystérectomie abdominale.

II. Quelles sont les indications de l'hystérectomie vaginale ?

Il existe des indications d'ordre général pour lesquelles l'accord est fait. Il existe des indications d'ordre local ; ces dernières dépendent de l'affection causale ; c'est là le chapitre le plus discuté ; nous verrons quelle place est donnée à l'hystérectomie vaginale dans les diverses affections gynécologiques ; nous en discuterons la valeur d'après les résultats obtenus par les chirurgiens qui continuent à la pratiquer, et d'après l'expérience que s'est faite M. le Professeur COTTE.

1^o INDICATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Tout le monde est d'accord pour pratiquer l'hystérectomie vaginale chez les femmes trop âgées : après 60 ans, chez les malades à l'état général déficient, il est indiscutable que l'hystérectomie vaginale avec ses avantages ne fait courir que très peu de risques.

Chez les obèses, l'indication de l'hystérectomie vaginale prend parfois l'allure d'une véritable nécessité. Chacun a présent à la mémoire le cas de ces femmes énormes, au ventre flasque, étalé, porteuses d'une ancienne cicatrice opératoire avec éventration. L'hystérectomie vaginale se présente alors d'une façon identique à celle que l'on réalise chez des femmes normales. Le périnée et le vagin ne présentent pas de modifications qui puissent rendre l'hystérectomie

vaginale délicate. Chez ces malades les suites sont remarquables de simplicité, le lever a lieu précocement, beaucoup plus rapidement que si l'on avait pratiqué la laparotomie ; on ne court aucun risque au point de vue pariétal.

H. D. GOGSWELL (1) considère cette indication comme étant de premier ordre ; pour lui : « Si l'on peut établir à coup sûr avant l'intervention qu'il n'y a pas de tumeur abdominale, que les annexes et l'utérus ne sont pas fixés, on doit pratiquer l'hystérectomie vaginale chez toute femme obèse. » Cette indication s'impose quelquefois avec une telle nécessité que beaucoup de chirurgiens américains préfèrent morceller un fibrome par voie basse plutôt que de tenter l'hystérectomie abdominale chez une malade obèse.

Outre les avantages que nous lui connaissons déjà, l'hystérectomie vaginale nous semble aussi préférable à la laparotomie chez les femmes au bassin très profond pour lesquelles l'abord de l'utérus par en haut n'est pas toujours facile : on travaille dans un puits, les ligatures sont difficiles à poser ; comparativement, l'utérus se présente toujours mieux par en bas.

Il reste que l'indication majeure de l'hystérectomie vaginale est représentée par l'obésité ; on ne peut comparer la simplicité, la rapidité avec laquelle on réalise cette intervention chez de telles malades, à la difficulté parfois extrême et à la gravité de l'hys-

(1) GOGSWELL, The indications for vaginal hysterectomy. *Surg. Gyn. and Obst.*, déc. 1937, p. 837-838.

térectomie abdominale. Souvent d'ailleurs ces obèses sont des emphysémateuses, bronchitiques chroniques, asthmatiques ; c'est aussi le cas relativement fréquent de la femme à la ménopause. Pour elle encore, l'hystérectomie vaginale offre des avantages indiscutables puisqu'elle permet l'opération sans position de Trendelenburg.

Chez les cardiaques mal compensées, hypertendues, chez les albuminuriques, les diabétiques, les avantages restent les mêmes. Enfin, l'hystérectomie vaginale représente chez les femmes porteuses de fibromes hémorragiques ou infectés, l'intervention minimum, seule supportable.

2^o INDICATIONS D'ORDRE LOCAL : RÉSULTANT DE L'AFFECTION CAUSALE

C'est le chapitre le plus discuté. C'est aussi le chapitre le plus intéressant.

Il faut éliminer d'emblée, comme représentant des contre-indications absolues, tous les cas où ne sont pas réunies les conditions d'ordre anatomique que nous avons déjà signalées ; c'est dire que tout le monde est d'accord pour ne jamais tenter l'hystérectomie vaginale pour des fibromes trop volumineux, pour des lésions annexielles qui fixent l'utérus dans le bassin. Quelles sont donc les indications restantes de l'hystérectomie vaginale ? Il faut les envisager en étudiant dans chaque cas particulier les deux points de vues : un point de vue théorique, un point de vue pratique.

LES AFFECTIONS ANNEXIELLES

Autrefois, la voie vaginale était la seule voie possible pour aborder les lésions annexielles ; étant donné l'incertitude et le peu de valeur de l'asepsie et de l'antisepsie, toute laparotomie était suivie rapidement de complications péritonéales mortelles. Aussi, pendant très longtemps, à la suite de PÉAN qui en avait décrit minutieusement la technique, l'hystérectomie vaginale fut la seule intervention pratiquée dans les suppurations pelviennes. Plus tard, avec l'apparition d'une technique rigoureuse, avec les améliorations dues à la position de Trendelenburg, l'emploi du sac de Mikulicz, et d'autre part la notion que, très souvent, avec le repos, la glace, la vaccinothérapie, beaucoup de lésions annexielles étaient susceptibles d'être améliorées, l'hystérectomie vaginale vit ses indications se restreindre de plus en plus, au point qu'elle disparut complètement comme méthode thérapeutique dans le traitement des lésions annexielles.

On est cependant stupéfait à lire la littérature étrangère, et en particulier les travaux allemands, de la part qui est donnée aujourd'hui à l'intervention vaginale dans les infections annexielles, en face de la petite place que lui conservent encore quelques rares chirurgiens en France.

Von TOTI (1), en 1929, rapportait 105 cas d'hystérectomie vaginale pour tumeurs annexielles (tu-

(1) Von TOTI, *Arch. für Gyn.*, t. CXXXVII, 1929, p. 902-906.

meurs inflammatoires, pyosalpinx, abcès de l'ovaire) ; quand il aborde ce chapitre, il dit : « *Et nunc venimus ad fortissimum.* » Il considère que l'opération abdominale dans les tumeurs des annexes est une des opérations les plus difficiles de la gynécologie. Pour lui, quand la thérapeutique palliative a été appliquée pendant des mois après lesquels l'utérus est pris dans des adhérences qui bloquent les deux annexes et où, très souvent, apparaîtront soit un abcès de l'ovaire, soit une salpingite suppurée qui sont collées à l'intestin et à la vessie, on peut sans aucun doute, mais à la condition d'opérer avec une technique impeccable, traiter ces malades avec un bien moindre danger par la voie vaginale, et amener leur guérison. Il reconnaît d'ailleurs la difficulté de la technique ; un opérateur ne doit entreprendre cette tâche que s'il a déjà fait un certain nombre de vaginales. On opérera à mains nues. Cependant, malgré une technique bien au point, Von TOTH a perdu deux malades, deux fois ses opérées ont présenté des hémorragies secondaires, trois fois l'intervention s'est accompagnée de blessures de l'intestin ; dans deux cas il a dû recourir à la laparotomie pour vérifier et traiter les dégâts intestinaux. Il conclut en reconnaissant que l'opération doit être évidemment pratiquée rarement ; contrairement à FRANTZ qui a complètement abandonné la méthode, Von TOTH y reste fidèle ; il avoue d'ailleurs, dans un cas, avoir abandonné une laparotomie, le petit bassin étant complètement bloqué par des adhérences, pour opérer sa malade par la voie vaginale.

Quant aux auteurs américains, ils semblent réserver

une part moins importante à l'hystérectomie vaginale pour le traitement des lésions annexielles. TYRONE (1), sur 973 hystérectomies vaginales, a opéré 153 salpingites chroniques ; DANFORTH (2), au contraire, considère que les infections pelviennes sont une contre-indication à pratiquer l'hystérectomie vaginale ; il émet cependant une réserve : on peut toujours, s'il y a doute sur la possibilité d'une opération vaginale, faire une colpotomie postérieure qui permettra une exploration ; dans les cas favorables on pourra faire l'hystérectomie vaginale, sinon, on s'adressera à la voie abdominale. Ce petit point de technique n'a rien de particulier ; depuis déjà longtemps, à Lyon, CON-DAMIN avait insisté sur la valeur de cette colpotomie exploratrice.

En France, l'hystérectomie vaginale était pratiquement complètement tombée dans l'oubli comme technique dans les infections annexielles. La thèse de BAILLIS, en 1929, inspirée par BRINDEAU, constitue le premier plaidoyer pour la réhabilitation de l'intervention. Pour lui, la question est de savoir si malgré le triomphe et les avantages de la voie abdominale on peut conserver l'hystérectomie vaginale comme méthode de traitement dans les suppurations pelviennes. Ces indications sont très limitées : « Chaque fois qu'au cours d'une suppuration péri-utérine

(1) TYRONE, *New Orleans M. & S. J.*, 1935, vol. 88, p. 490, *loc. cit.*

(2) DANFORTH, *Am. Journ. and Gyn.*, nov. 1938. (Analysé par HUARD, *loc. cit.*)

subaiguë, on soupçonne la tuberculose, le mieux est de s'abstenir de la voie vaginale. Mais si, avec certitude, on peut écarter le diagnostic de tuberculose, la vaginale est assez indiquée... Les collections péri-utérines chaudes n'évoluant par vers le Douglas et ayant tendance à l'extension et à l'aggravation, sont justiciables de l'hystérectomie vaginale. Mais c'est surtout quand la colpotomie a échoué, lorsque cette opération n'aura pas réussi à assurer un drainage suffisant, que l'hystérectomie vaginale trouve ses indications les plus importantes. C'est dans ces cas rares, chez ces malades sans résistance, en proie à l'hecticité, qui ne supporteraient pas le choc autrement important d'une laparotomie, que la voie vaginale fait merveille. » Les conclusions de différents articles de VAUTRIN, de DE ROUVILLE, de RICHARD, de Raymond PETIT, de CHAVANNAZ, de VIOLET, de Jean-Louis FAURE, de LUZUY dans sa thèse, de CADENAT (1), sont les mêmes : on ne doit conserver

(1) VAUTRIN, *Soc. Obst. and Gyn.*, Paris, 1923, p. 57, *loc. cit.*

DE ROUVILLE, *Gyn. et Obst.*, t. IX, 1924, p. 5, *loc. cit.*

RICHARD, Les indications modernes de l'hystérectomie vaginale. *La Médecine*, avril 1929, p. 302, *loc. cit.*

R. PETIT, *La Gynécologie*, mars 1928, p. 129-153, *loc. cit.*

CHAVANNAZ, *Revue française de Gynécologie*, nov. 1938, N° 11, p. 857, *loc. cit.*

VIOLET, *La Gynécologie*, juillet 1928, p. 394-403 ; *Lyon Médical*, 1^{er} janvier 1939 et 8 février 1939, *loc. cit.*

LUZUY, Thèse, Paris, 1931, *loc. cit.*

J.-L. FAURE, *Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 11 janv. 1938, p. 45 à 50, *loc. cit.*

CADENAT, Indications de l'hystérectomie vaginale, *Presse Médicale*, 1920, p. 33.

l'hystérectomie vaginale dans les infections annexielles que comme une méthode d'exception. Son indication viendra plus de l'état général très précaire des malades que de l'état local proprement dit. Son seul but est d'assurer, en faisant « sauter la bonde », un drainage parfait au point déclive. Tous ces auteurs sont aussi d'accord pour reconnaître sa difficulté et d'autre part la fréquence des interventions incomplètes.

Quelle est notre position en face de ce problème ? Nous n'avons et nous ne voulons avoir sur ce chapitre aucune expérience. L'hystérectomie vaginale représente en effet dans ce cas particulier une intervention qui comporte une très grande difficulté et trop de risques pour que nous puissions l'envisager comme méthode thérapeutique. En effet, l'utérus est toujours fixé par des adhérences ; il est difficilement ou même pas du tout abaissable. D'autre part, du fait de cette fixité utérine, on éprouve une très grande difficulté à opérer sous le contrôle de la vue ; l'opération est véritablement aveugle, « *a blind operation* » ; souvent le champ opératoire est inondé de pus, les hémorragies sont fréquentes, on place les pinces au juger ; toute libération des annexes se fait au doigt (Von TOTH et BAILLIS recommandent d'opérer à mains nues) ; il faut bien reconnaître que ce travail qui se passe dans la profondeur est bien aveugle et expose à de graves déboires et en particulier aux blessures de l'intestin.

Enfin, autre reproche d'importance que l'on peut faire à la méthode : elle est radicale (ou tout au moins elle tend à l'être, car très souvent elle est incomplète

du fait de la difficulté de la libération des annexes. En fait, d'un point de vue physiologique elle reste radicale). Il s'agit le plus souvent de femmes jeunes, et l'on conçoit que beaucoup de chirurgiens ne peuvent envisager de gaieté de cœur une telle intervention.

L'hystérectomie vaginale nous apparaît ici illogique ; autant il est facile d'enlever des annexes saines au cours de l'intervention, autant on éprouve de difficultés à le faire quand on s'adresse à des lésions annexielles. On vient d'enlever d'autre part un utérus qui souvent aurait dû être conservé, et on laisse au contraire en place, des débris de trompe, d'ovaire, de poches de pyosalpinx qu'il eût été utile de supprimer. On peut dire que dans ces cas d'affection annexielle, l'hystérectomie vaginale n'est qu'une colpotomie élargie : pas plus qu'elle, elle ne peut suffire à traiter des lésions annexielles telles que abcès de l'ovaire, annexite suppurée, pyosalpinx : elle ne s'adresse pas, en effet, à la cause. L'hystérectomie vaginale est insuffisante ; elle ne peut donner une guérison définitive et parfaite. La voie abdominale donne de telles garanties de sécurité, qu'il semble bien inutile de discuter plus longtemps sur sa valeur.

Toutes ces raisons : fixité de l'utérus, opération aveugle, opération radicale, nous font rejeter absolument l'hystérectomie vaginale dans les infections annexielles.

L'intervention par voie abdominale offre de tels avantages, une telle sécurité, que c'est à elle que nous

réserve la faveur dans pratiquement toutes les infections annexielles. Faite avec une technique précise, elle permet d'exposer très bien les lésions, de libérer les adhérences intestinales sous le contrôle de la vue, de traiter au besoin une déchirure intestinale provoquée au cours du décollement. Enfin, la péritonisation permet d'exclure complètement le foyer opératoire et de fermer la paroi ; dans les infections particulièrement virulentes du petit bassin, on pourra toujours associer à l'intervention abdominale un large drainage par un sac de Mikulicz ; en fait, avec la technique moderne dans les suppurations pelviennes, l'intervention se termine le plus souvent avec une fermeture complète de la paroi. Le plus gros avantage de l'intervention abdominale est, à notre avis, la possibilité d'être une intervention conservatrice : il est bien évident que l'hystérectomie vaginale ne permet pas d'être conservateur ; elle risque d'être trop ; la voie abdominale, au contraire, autorise toutes les interventions conservatrices et cela a une importance absolument capitale lorsqu'on s'adresse à des femmes jeunes.

Depuis longtemps, notre maître s'est fait l'ardent défenseur de cette chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes (1). Récemment encore il en définissait la technique d'une façon

(1) COTTE, Sur les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. XXXV^e *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1926. — Sur la possibilité de la chirurgie conservatrice dans la chirurgie des annexites. *Gyn. et Obst.*, janv. 1934, p. 27 à 39.

précise, pour tâcher de réduire le plus possible le nombre des échecs (1).

ROMAN, en 1939, dans sa thèse inspirée par M. le Professeur COTTE, éliminait la voie vaginale du cadre des méthodes thérapeutiques dans les affections annexielles : « C'est pourquoi, malgré que nous restions décidément parmi les défenseurs de la voie vaginale toutes les fois qu'elle peut rendre des services, nous la proscrivons formellement dans les salpingo-ovarites. Nous savons qu'à l'étranger elle est utilisée habituellement, voire même exclusivement dans certaines cliniques. Évidemment on peut faire par voie vaginale une castration unilatérale, mais cela n'empêche pas que pour faire de la chirurgie conservatrice il faut voir largement : en premier lieu pour établir un bilan précis de l'état anatomique du pelvis, en deuxième lieu pour y adapter le procédé exactement approprié, enfin pour pouvoir terminer par une péritonisation impeccable (2). »

Actuellement, à la Clinique gynécologique, sur 100 malades opérées pour des lésions annexielles bilatérales, 87 % subissent des interventions conservatrices.

(1) COTTE, Réflexions sur certains échecs de la chirurgie conservatrice dans les annexites. *Paris Médical*, 1938, p. 465-469. — Les échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes. *Journées médicales de Liège*, juin 1939.

(2) ROMAN, *Les échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes*. Thèse, Lyon, 1939.

En conclusion, nous croyons qu'il est inutile de vouloir à tout prix ajouter les lésions annexielles aux indications de l'hystérectomie vaginale. Ces affections restent le privilège de la voie abdominale. Nous ne retiendrons que les cas extrêmement rares où l'état général très sévère d'une malade impose une intervention rapide, peu shockante et qui draine : l'hystérectomie vaginale peut alors être pratiquée ; mais il s'agit de cas exceptionnels.

LES AFFECTIONS UTÉRINES

a) Fibromes, polypes utérins.

Au moment où l'hystérectomie vaginale était la première intervention de gynécologie, les fibromes représentaient une indication importante ; et quel qu'en fût le volume, la situation, ils étaient tous enlevés par voie vaginale. SEGOND avait présenté, en 1891, une série de 40 hystérectomies vaginales pour des fibromes dont le poids était compris entre 1 et 4 kilogs ; il s'agissait là de prouesses qu'il est inutile de vouloir tenter aujourd'hui.

Au congrès de chirurgie de 1924, LABEY et TIXIER n'avaient réservé qu'une très petite place à l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes et des polypes : « Les indications de la voie vaginale pour enlever l'utérus fibromateux sont bien rares à l'heure actuelle. L'hystérectomie vaginale avait encore des indications il y a quelques années ; on la pratiquait pour des fibromes très hémorragiques de petit et de

moyen volumes, chez des femmes à paroi épaisse, à cœur gras ou présentant des signes d'insuffisance hépato-rénale rendant vraiment la voie haute aléatoire et dangereuse. Aujourd'hui la radiothérapie et la curiethérapie donnent des résultats si rapides et si constants que l'intervention sanglante doit leur céder la place ; ce n'est qu'après échec de cette thérapeutique par l'irradiation qu'il faudrait recourir à l'hystérectomie vaginale. » Et pour ces auteurs, cette opération ne conserve plus que deux indications : le fibrome infecté ou gangrené, s'accompagnant de symptômes fébriles et toxiques ; le polype sphacélé.

Les auteurs allemands, là encore, s'adressent beaucoup plus volontiers à l'hystérectomie vaginale. PEHAM et AMREICH (1) pratiquent l'hystérectomie vaginale dans les fibromes compliqués d'hémorragies, de nécrobiose, de sphacèle (fibromes sous-muqueux) ; plus rarement dans le cas de fibromes s'accompagnant de complications urinaires, et enfin dans les fibromes irradiés sans succès. VON TOTI apporte 264 observations de fibromes traités par la voie vaginale avec 6 morts ; pour lui aussi les indications majeures sont constituées par les fibromes qui saignent, les fibromes gangrenés, enfin, les fibromes dégénérés ; il reconnaît ne pas toujours pratiquer l'hystérectomie vaginale : chez les femmes jeunes il fait volontiers par voie vaginale une myomectomie ; mais il conserve à la voie abdominale la priorité

(1) PEHAM et AMREICH, *Gynäkologische Operationslehre*, 1939, p. 459-539.

puisque dans le même temps il a opéré 1.475 fibromes par voie abdominale.

Quant aux auteurs américains, leurs indications semblent très étendues. KENNEDY (1) dit pratiquer sur 100 interventions radicales 95 hystérectomies vaginales et 5 hystérectomies abdominales. Pour lui, les indications majeures sont le fibrome qui saigne et le fibrome infecté. Même avis de BABCOCK (2) pour lequel l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix, « *in the presence of haemorrhage or infection* ». Il recourt très souvent au morcellement ou à l'épisiotomie simple, procédés qui laissent à penser que, dans de nombreux cas, il aborde par voie vaginale des fibromes assez volumineux. Les lésions annexielles associées, les interventions antérieures, en particulier les fixations utérines, ne sont pas pour AVERETT (3) une contre-indication : sur 193 fibromes qu'il a opérés par voie vaginale, 5 malades avaient un utérus fixé à la paroi antérieure par une intervention précédente ; 8 fois, le fibrome était accompagné de tumeur ovarienne, 12 fois de lésions annexielles inflammatoires.

Comment doit-on envisager ce chapitre des indications thérapeutiques dans les fibromes ?

Avant tout, il est essentiel d'insister sur un point : il y a des fibromes qu'on opère, que l'on est obligé d'opérer ; il en est d'autres, au contraire, qui seront

(1) KENNEDY, Vaginal hysterectomy (indications). *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, avril 1927, N° 4, p. 506-511, *loc. cit.*

(2) BABCOCK, *Surg. Gyn. and Obst.*, février 1932, p. 193-199, *loc. cit.*

(3) AVERETT, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1939, p. 978-984, *loc. cit.*

très bien tolérés, n'entraînant aucun trouble. Nous n'envisagerons donc que les indications de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes à opérer. Différents cas peuvent se présenter.

Il peut s'agir d'une femme de 40 à 45 ans, près de la ménopause, porteuse d'un petit fibrome, s'accompagnant d'hémorragies plus ou moins importantes qui n'entraînent cependant pas de troubles sévères ; quelle conduite tenir ? Certains chirurgiens ne manqueront pas de proposer immédiatement une intervention ; nous croyons au contraire que, dans ce cas, il y a intérêt à attendre ; très souvent, en effet, au moment de la ménopause, les symptômes s'atténuent, le fibrome va même régresser de volume, la malade a guéri d'elle-même. Ou bien la date de la ménopause étant passée, les pertes continuent, l'anémie est de plus en plus marquée, les malades s'affaiblissent, présentent quelquefois un peu de température : c'est dans ce cas de fibrome non amélioré que l'on peut proposer à la malade l'hystérectomie vaginale : elle l'acceptera d'autant plus volontiers qu'elle apparaît comme une intervention bénigne. Certains auteurs donnent au contraire la préférence au traitement radiothérapique.

Il peut s'agir, au contraire, de femmes relativement jeunes, porteuses de fibromes plus ou moins volumineux ; l'état général est souvent bien conservé. C'est pour de petits troubles : ménorragies, troubles vésicaux, douleurs pelviennes, que ces femmes viendront trouver le chirurgien. Dans ce cas, la seule intervention à proposer à notre avis, même quand il

s'agit de fibromes peu volumineux, est l'intervention par voie abdominale : elle seule permet de faire un bilan exact des lésions et surtout, point capital, c'est la seule intervention qui permette la conservation.

Notre maître a montré tout ce que l'on peut attendre de cette chirurgie conservatrice dans les myomes utérins (1) ; sur une récente série de 119 myomes traités chirurgicalement, la myomectomie a été pratiquée 43 fois ; elle représente véritablement l'opération de choix chez des femmes jeunes qui désirent souvent des enfants ; à plusieurs reprises sont apparues ultérieurement des grossesses (2).

Enfin, le chirurgien peut avoir à poser une indication thérapeutique en face de fibromes hémorragiques ou infectés. Très souvent, en effet, le fibrome est un fibrome sous-muqueux, il s'accompagne d'hémorragie importante et très souvent aussi d'infection. Tout le monde a devant les yeux l'aspect de ces malades qui sont pâles avec un fond de teint jaunâtre ; sub-fébriles, elles ont un pouls rapide, elles ont pu présenter une phlébite, de petits infarctus pulmonaires ; on a l'impression de malades en équilibre instable. Quelle est la conduite à tenir ? S'il s'agit d'une femme jeune, très anémiée, on a le devoir d'essayer de remonter l'état général par un traitement médical (petites transfusions répétées hémostatiques) ; quand l'état général sera meilleur on pratiquera une lapa-

(1) COTTE et M. BÉRARD, La myomectomie. *Gyn. and Obst.*, janv. 1934, p. 1 à 37.

(2) COTTE et P. MAGNIN, Grossesses après myomectomie. *Gyn. et Obst.*, 1938, t. XXXVIII, p. 5.

rotomie, et si cela est possible une myomectomie. Ou bien il s'agit de femmes au voisinage de la quarantaine. Dans ce cas, on n'a guère intérêt à attendre ; il s'agit de femmes qui ont souvent eu plusieurs grossesses, qui ont un mauvais état général, un dosage d'urée élevé, une anémie importante. L'expectative ne peut que faire perdre du temps ; il faut pratiquer l'hystérectomie vaginale.

La même intervention sera proposée quand, au facteur hémorragie, s'ajoute le facteur infectieux (fibrome sous-muqueux). La voie abdominale est trop dangereuse pour être tentée, la voie basse au contraire est remarquable de simplicité ; elle n'est pas choquante, elle est rapide ; pour PELLANDA (1) elle est moins embolisante que la voie abdominale ; ce n'est cependant pas l'avis de certains auteurs, en particulier de HUARD (2), mais il reste qu'on ne peut comparer la bénignité de la voie vaginale à l'effroyable gravité de l'intervention abdominale.

Il est un cas particulier à envisager : c'est celui de la malade porteuse d'un polype sous-muqueux, sphacélé ou gangrené. Là encore, seule est possible la voie basse : dans un premier temps, on pratiquera une opération de propreté, ablation du polype qui très souvent s'accouche ; dans un deuxième temps, après avoir utilisé la sulfamidothérapie, on réalisera l'hystérectomie vaginale complémentaire.

(1) PELLANDA, *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 50-65, *loc. cit.*

(2) HUARD, *Bull. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1939, p. 163, *loc. cit.*

Il faut rapprocher de ces polypectomies préalables qui rendent vraiment service, les cas où au début de l'intervention, la myomectomie s'impose ; nous avons vu, dans le chapitre de la technique, les restrictions que l'on doit faire vis-à-vis de ce procédé ; on ne doit l'employer que lorsque les conditions générales obligent à prendre par voie basse une malade chez laquelle l'examen a individualisé un ou plusieurs myomes. A quatre reprises cette myomectomie a beaucoup facilité l'hystérectomie dans nos observations. Dans un cas cependant il nous a été impossible, devant le volume du myome, de pratiquer l'énucléation : ce détail montre l'importance qu'il y a à rester fidèle au principe de base de l'hystérectomie vaginale concernant le volume de l'utérus.

Pour terminer, il nous faut signaler quelques indications un peu spéciales : doit-on faire systématiquement l'hystérectomie vaginale chez la femme de 40 à 45 ans qui présente un fibrome ou un myome hémorragique ? Dans certains cas, la voie basse permet de faire la myomectomie : c'est le cas particulier du myome du col où la simple énucléation peut donner d'excellents résultats ; moins shockante que l'hystérectomie vaginale totale, elle suffit, dans la plupart des cas, à guérir ces malades ; on pourra compléter l'opération par une interposition vésico-utérine de Schauta. C'est ainsi qu'à quatre reprises, M. le Professeur COTTE a pu limiter l'intervention (myomectomie d'un myome du col, de trois myomes du fond) ; dans 3 cas, il a terminé par une opération de Schauta. Ces quatre observations ne sont pas comprises dans

la statistique générale : interventions conservatrices, elles n'entrent pas dans le cadre du sujet ; nous ne les avons signalées que pour illustrer les possibilités conservatrices que propose la voie vaginale sur ce point bien particulier.

b) Métrite hyperplasique.

Cette métrite hyperplasique de la ménopause est une indication relativement fréquente de l'hystérectomie vaginale ; et tous les auteurs sont à peu près d'accord. En face de ces malades qui sont au voisinage de la ménopause, qui présentent des pertes sanglantes, souvent peu importantes, très irrégulières dans leur apparition, l'examen a montré l'absence de noyaux fibromateux ; l'utérus est augmenté légèrement de volume d'une façon diffuse, un peu mou.

Le problème est de savoir s'il s'agit d'une métrite banale ou si, au contraire, il ne s'agit pas d'un cancer du corps au début.

Il est évidemment un peu artificiel d'envisager séparément les indications de l'hystérectomie vaginale dans la métrite hyperplasique et dans le cancer du corps puisque en pratique le diagnostic différentiel est excessivement difficile. Très souvent, en effet, on ne peut conclure ; on a beaucoup discuté sur les indications et d'autre part, la valeur du curettage ; il semble bien que dans la plupart des cas, le curettage suivi de l'examen histologique peut donner de précieux renseignements : une réponse qui conclut à la présence

d'un épithélioma impose un geste chirurgical radical immédiat ; mais malheureusement, malgré une réponse négative, on conserve très souvent un doute sur la nature de l'affection ; le curettage a pu ramener des débris de muqueuse saine et ne pas intéresser un cancer du fond au début ; aussi nous arrive-t-il très souvent, après un simple curettage explorateur, de pratiquer sans attendre l'hystérectomie vaginale.

L'intervention présente là tous ses avantages. Elle est facile ; l'utérus a rarement un volume gênant ; la pièce ouverte, on constate le plus souvent la présence d'une muqueuse hypertrophiée avec des lésions classiques de la métrite hyperplasique ; on aura quelquefois la satisfaction de découvrir un petit cancer au début ; GASNE (1), dans sa thèse, a insisté sur la fréquence de ces cancers révélés par la seule histologie.

C'est pour ces raisons aussi que le traitement radiothérapique ne doit être pratiqué qu'à bon escient ; il expose volontiers à la complication infectieuse ; il faut être sûr de son diagnostic, sinon on court le risque de donner un coup de fouet à un néoplasme jusque-là latent, ou tout au moins on perd un temps précieux. Tous les chirurgiens sont à peu près d'accord : les Allemands, les Américains sont aussi très larges dans leurs indications : ils préfèrent l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale ; l'hystérectomie vaginale est suffisante même s'il s'agit d'un

(1) GASNE, *Les états pré-cancéreux de la muqueuse du corps utérin*. Thèse, Paris, 1932.

néoplasme au début ; l'hystérectomie abdominale est vraiment disproportionnée comme gravité quand on a affaire à une banale métrite hyperplasique.

Il faut donc être très large dans les indications de l'hystérectomie vaginale. ESQUIROL, dans sa thèse, rapporte 38 cas de métrite hyperplasique contre 29 cas de cancer du corps. L'hystérectomie vaginale représente là le geste chirurgical idéal et elle a des avantages indiscutables sur la radiothérapie dont il ne faut pas méconnaître les dangers.

c) Les cols suspects.

Le toucher vaginal a mis en évidence soit un col énorme, mou, col métritique, soit un col qui présente une légère induration. Quelle est la conduite à tenir en face de ces cols suspects ? Il peut s'agir d'une affection isolée du col ; le plus souvent une intervention limitée, telle que l'amputation du col, est suffisante pour guérir ces malades. Ou bien ce col suspect appartient à un utérus fibromateux ou à un utérus hyperplasique ou, enfin, l'ulcération du col accompagne par exemple un prolapsus total.

En principe, il faut toujours faire une biopsie dans les cas douteux, surtout s'il s'agit d'une femme jeune ; on recherchera aussi le test de SCHILLER (badigeonnage du col au lugol) ; on pourra faire une colposcopie. Il n'y a guère que dans le cas d'utérus métritique à gros col inflammatoire, chez la femme à la ménopause, ou de prolapsus s'accompagnant de

lésion ulcération du col, qu'il faudra proposer d'emblée à la malade l'hystérectomie vaginale. D'ailleurs, même dans le cas d'infection banale, il y a toujours intérêt à supprimer un col infecté chroniquement sur lequel peut se greffer un cancer ; tout le monde connaît ces états pré-cancéreux pour lesquels il vaut mieux instituer un traitement radical plutôt que de se contenter de méthodes insuffisantes.

d) Prolapsus.

De tout temps la question du traitement des prolapsus génitaux a été très discutée.

Au Congrès de Chirurgie de 1896, BOUILLY, qui en est le rapporteur, conseille dans tous les cas de prolapsus même moyens, de faire une colpo-hystérectomie. Il écrivait : « L'hystérectomie vaginale isolée n'est pas un traitement du prolapsus, elle est formellement indiquée si l'utérus est fibromateux, cancéreux ou flanqué de lésion des annexes. La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie vaginale avec une large résection vaginale. »

Au Congrès de Chirurgie de 1923, BÉGOVIN considère l'hystérectomie comme une opération complémentaire et d'exception dans la cure de prolapsus ; elle n'est indiquée que dans le cas de lésion utérine ou annexielle concomitante, ou en face d'un utérus absolument irréductible qui, par ses adhérences ou son volume, a vraiment perdu droit de domicile dans l'abdomen. Plus tard DUJARRIER et LARGET res-

treignent encore les indications de l'hystérectomie vaginale associée à la colpectomie.

Aux États-Unis, la place donnée à l'hystérectomie vaginale dans la cure des prolapsus est très importante ; cela est vrai pour tous les prolapsus, quel qu'en soit le degré. H. D. COGSWELL (1) admet que la seule indication de l'hystérectomie vaginale est le prolapsus de l'utérus. Tous les autres auteurs, DANFORTH, TYRONE, C. J. HUNT (2) pratiquent très souvent l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. Pour eux, c'est un procédé logique qui est formellement indiqué chez les femmes âgées ayant dépassé la ménopause, à gros utérus fibreux, à col chroniquement enflammé. Pendant quelques années, on admettait qu'il était préférable de faire une interposition (BAER, RALPH, REISS, Robert LACNILE). Actuellement, l'hystérectomie vaginale est vraiment l'intervention idéale ; l'interposition a perdu beaucoup de terrain. Tous les chirurgiens américains obtiennent d'excellents résultats en associant simplement hystérectomie vaginale et périnéorrhaphie postérieure ; ils ont une technique très précise : ils utilisent en particulier, pour prévenir la cystocèle, la suture sur la ligne médiane des deux ligaments pubo-vésicaux ; ils amarrent aussi l'un à l'autre les deux ligaments utéro-sacrés. Actuellement, on peut dire qu'aux États-Unis, en dehors du cas de la femme jeune, beaucoup de prolapsus sont traités

(1) COGSWELL, *Surg. Gyn. and Obst.*, déc. 1937, p. 837-838, *loc. cit.*

(2) DANFORTH, TYRONE, C. J. HUNT. (Analysés par HUARD) : *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indochine*, 1939, p. 163.

par l'hystérectomie vaginale associée à la périnéorraphie postérieure.

En France, surtout pendant ces dix dernières années, l'hystérectomie vaginale associée à la colpectomie semble avoir gagné du terrain ; LUZUY, ESQUIROL, plus récemment, ROUHIER (1) vantent les avantages de cette technique.

A la Clinique Gynécologique, notre maître ne conserve l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus que dans les cas où les lésions utérines imposent l'ablation de l'utérus ; c'est dire que la place qu'il lui réserve est malgré tout assez limitée.

Là encore, différents cas peuvent se présenter : il peut s'agir d'une femme âgée dont l'utérus sort à l'extérieur et qui présente, outre son prolapsus, des myomes diffus, une métrite sénile rebelle, ou un col ulcéré, induré, dont l'aspect et la consistance font suspecter le cancer : il serait vraiment imprudent de tenter chez une telle malade une cure de prolapsus, en conservant l'utérus ; l'hystérectomie est nécessaire et du même coup on traite la lésion associée en enlevant l'utérus, et le prolapsus en complétant l'intervention par une colpectomie plus ou moins étendue et une périnéorraphie. L'hystérectomie vaginale est toujours très facile : après l'ablation de l'utérus, les angles du vagin sont amarrés aux moignons des pédicules supérieurs ; on peut même les réunir l'un

(1) LUZUY, Thèse, Paris, 1931, *loc. cit.*

ESQUIROL, Thèse, Paris, 1936, *loc. cit.*

ROUHIER, La cure radicale des gros prolapsus. *Journ. de chir.*, janv. 1940.

à l'autre au-dessous du péritoine ; ils constituent alors une sorte de hamac qui soutient le cul-de-sac péritonéal. Cela ne veut pas dire qu'il faille systématiquement faire l'hystérectomie vaginale à toute femme porteuse de lésions ulcératives du col. Il faudra toujours essayer, dans ces cas de lésions utérines, de faire la part exacte de ce qui revient au prolapsus et de ce qui constitue vraiment une affection proprement utérine.

Il suffira souvent de mettre la malade au repos avec des pansements du col répétés pour voir l'état local se modifier rapidement : les ulcérations deviennent propres, se cicatrisent, l'infiltration du paramètre disparaît ; il s'agissait alors de lésions inflammatoires banales provoquées par le prolapsus. On pourra envisager, après cette phase préparatoire qui est essentielle, un traitement plus conservateur tel que l'opération de LEFORT ; on conviendra avec nous que l'hystérectomie vaginale représente malgré tout une intervention plus complexe, plus laborieuse qu'un simple cloisonnement du vagin ; on obtiendra avec moins de risques d'aussi bons résultats, à condition, là encore, de reconstituer solidement la sangle périnéale. Il faut retenir le cas particulier de la malade porteuse d'une hypertrophie du col ; faut-il faire une colpo-hystérectomie ? Mieux vaut, si l'utérus est sain, se contenter d'une amputation du col suivie d'une interposition ou d'une opération de LEFORT.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; la biopsie a montré que l'on avait affaire à un cancer du col ; ou bien la malade continue à perdre ; s'agit-il

d'un cancer du corps utérin ou d'une métrite sénile ? Il est difficile de trancher ; mais le traitement reste le même ; il s'adresse d'une part à la lésion utérine elle-même : il faut faire une hystérectomie (celle-ci peut être nécessaire aussi bien dans le prolapsus total que dans le prolapsus du 2^e degré, car l'affection utérine prime tout) et d'autre part, on réalisera la cure du prolapsus : ce sera une hystérectomie vaginale à laquelle on associera une colpectomie plus ou moins étendue et la périnéorrhaphie ; ces deux temps complémentaires ajoutés à l'ablation de l'utérus constituent une véritable triple opération vaginale.

Les indications de l'hystérectomie vaginale sont donc bien limitées. Cette opération isolée n'est pas un traitement du prolapsus ; elle n'est que le geste chirurgical imposé par les lésions utérines.

A la Clinique Gynécologique, la colporraphie antérieure et postérieure, avec ou sans amputation du col, l'opération de HALBAN ou l'opération de SCHAUTA avec ou sans amputation du col, enfin, l'opération de LEFORT, représentent une gamme de méthodes thérapeutiques suffisantes, le plus souvent, à traiter les différents cas de prolapsus ; notre maître n'a pratiqué que 18 hystérectomies vaginales associées à la colpectomie totale ou subtotale et à la périnéorrhaphie (dans 3 cas, l'intervention a été terminée par une opération de LEFORT).

Cependant, à vouloir réduire les indications de l'hystérectomie vaginale, il ne faut pas l'éliminer complètement de l'arsenal thérapeutique. Chez telle malade qui présente un prolapsus pour lequel on

pensait faire une interposition, l'intervention apparaît irréalisable. Quelle conduite tenir ? On peut se contenter évidemment d'une amputation du col complétée par une interposition, mais le chirurgien doit quelquefois modifier ses projets : témoin le cas d'une de nos malades pour laquelle au cours de l'amputation du col on découvrit un cancer du corps étendu qu'il était absolument impossible de prévoir, les lésions du col étant largement suffisantes pour expliquer les symptômes dont se plaignait la patiente ; dans ce cas particulier, l'hystérectomie vaginale a heureusement terminé une intervention qui s'avérait insuffisante.

Il faut retenir deux points particuliers : le premier est la nécessité qu'il y a de faire un examen soigneux de ces malades, en particulier au point de vue urinaire. Il existe très souvent un retentissement sur l'appareil urinaire ; il faut toujours faire une constante d'AM-BARD et un dosage d'urée. Le deuxième point, qui mérite l'attention est une remarque de technique ; l'utérus qui déborde franchement la vulve, a entraîné avec lui la vessie ; il faudra se méfier de ne pas la blesser au moment où l'on fera la section de la collette vaginale au début de l'intervention.

e) Cancer du col et du corps utérin.

Cancer du corps.

Comme beaucoup d'affections utérines, le cancer du corps utérin a été pendant longtemps traité unique-

ment par voie vaginale. Au moment du déclin de cette intervention, on se mit à opérer le cancer du corps par voie abdominale. L'hystérectomie vaginale n'était conservée que dans des cas exceptionnels : malade très grasse, emphysémateuse, en mauvais état général ; et l'on peut dire que jusqu'à ces dix dernières années, l'hystérectomie vaginale vivait uniquement que des contrindications de l'hystérectomie abdominale.

Dans la thèse de BISCH (1), Lyon 1932, inspirée par TIXIER, l'hystérectomie abdominale totale reste la méthode de choix pour le traitement du cancer du corps utérin ; pour ces auteurs si l'hystérectomie vaginale « paraît très séduisante chez les vieilles femmes anémiées, infectées ou chez les malades affligées de ces parois adipeuses qui compliquent l'intervention abdominale, elle impose certaines conditions pour être exécutée facilement : utérus libre, petit..., vagin large, à parois extensibles (alors que l'on a affaire le plus souvent à de vieilles femmes, atteintes d'atrésie) ». Le plus gros reproche qui est fait à la méthode, c'est qu'elle est aveugle. Il nous semble que ce reproche n'est pas mérité. D'ailleurs, depuis 1935, les idées semblent avoir évolué.

MARTEIL (2), dans une thèse inspirée par LENORMANT, après avoir envisagé les méthodes radio et curiethérapique dans le cancer du corps utérin et

(1) BISCH, *Étude anatomo-clinique et traitement du cancer du corps utérin*. Thèse, Lyon, 1932-1933.

(2) MARTEIL, *De l'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps utérin*. Thèse, Paris, 1936.

montré leur insuffisance et leurs résultats décevants, en arrive à discuter des interventions chirurgicales. Après avoir rappelé la vogue de l'hystérectomie abdominale, il défend avec preuves à l'appui l'hystérectomie vaginale ; pour lui elle est particulièrement indiquée chez les malades très âgées, les obèses, les tarées. C'est souvent la seule intervention possible. Alors que l'hystérectomie abdominale a une mortalité de 15 %, l'hystérectomie vaginale n'entraîne la mort que dans 5 % des cas. Il conclut en disant : « L'hystérectomie vaginale ne doit pas seulement être pratiquée quand l'abdominale ne peut l'être. Sa facilité, sa faible mortalité, ses suites opératoires simples en font le procédé de choix dans le traitement du cancer du corps utérin. » Même avis de RENON et LAFITTE (1), qui apportent 68 hystérectomies abdominales avec 19 % de morts et 20 hystérectomies vaginales avec une mortalité de 10 %.

Les Allemands et les Américains préfèrent eux aussi la voie vaginale à la voie haute. J. SHELTON-HORSLEY (2) établit un véritable plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps utérin ; il insiste sur la nécessité de faire une ablation de l'utérus en vase clos ; l'utérus est préalablement bourré de gaze iodoformée. Sur 22 hystérectomies vaginales, il a obtenu 19 survies : 6 de 5 à 7 ans ; 7 de

(1) RENON et LAFITTE, Indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps utérin. *Ann. de l'Hôpital de Niort*, 1937, N° 1.

(2) SHELTON HORSLEY, *The Am. Journ. of Surg.*, vol. 24, juin 1934, p. 582-594, *loc. cit.*

3 à 5 ans ; 6 de 1 à 3 ans. PEHAM et AMREICH (1) donnent aussi la préférence à l'hystérectomie vaginale. Sur 36 cancers du corps, ils ont fait 33 hystérectomies vaginales sans aucune mort ; 3 hystérectomies abdominales avec 2 morts.

Dans le cas particulier du cancer du corps utérin, il semble que l'hystérectomie vaginale doit avoir la préférence sur l'hystérectomie abdominale. C'est là qu'elle apporte tous ses avantages ; peu shockante, rapide, elle est suffisante au point de vue anatomique (le cancer du corps est un cancer qui reste longtemps local et lorsqu'il a dépassé ce stade, l'hystérectomie abdominale ne fait pas mieux que l'opération par voie basse).

Il ne faut cependant pas méconnaître les difficultés de l'intervention lorsque l'utérus est très augmenté de volume, particulièrement mou, se déchirant à la moindre prise ; ces difficultés sont encore accrues par l'existence de lésions associées : myomes, lésions annexielles. Le procédé de J. SHELTON-HORSLEY peut rendre service en donnant plus de tonicité à l'utérus. Il ne faut pas hésiter à faire une épisiotomie pour faciliter l'accouchement de l'utérus ; cet artifice donnera plus de place et partant n'obligera pas à une hémisection ou à un morcellement après une déchirure de l'utérus ou une rupture de l'isthme.

Dans tous les cas douteux, si l'on est tenté de faire un curettage explorateur, il est utile de préparer

(1) PEHAM et AMREICH, *Gynäkologische Operationslehre*, 1930.

tout ce qu'il faut pour faire au besoin une hystérectomie vaginale immédiate ; si le curettage ramène des débris sphacelés dans un utérus mou, chez une femme à la ménopause ou ayant dépassé la ménopause on doit penser au cancer du corps ; il est nécessaire de faire dans le même temps une hystérectomie vaginale ; nous rapportons 2 cas de cancer du corps où le curettage a été suivi immédiatement d'hystérectomie vaginale.

Nous avons montré la difficulté qu'il y a souvent à faire le diagnostic entre cancer et métrite hyperplasique. C'est là une raison de plus pour élargir au maximum les indications de l'hystérectomie vaginale dans tous les cas douteux. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de métrite ou de cancer, on n'aura jamais à regretter d'avoir fait l'hystérectomie vaginale : s'il s'agit d'une métrite, l'intervention a été si bénigne dans la plupart des cas qu'on n'a pas l'impression d'avoir fait un geste chirurgical trop important ; s'il s'agit d'un cancer, l'intervention est toujours suffisante : mortalité immédiate moindre que l'hystérectomie abdominale, et, d'autre part, résultats éloignés aussi bons.

Cancer du col.

La voie vaginale est là beaucoup plus discutée. Les premières interventions par voie vaginale, rappelons-le, étaient tentées contre des cancers du col et ceci explique, dans une certaine mesure, les insuccès presque constants du début. Plus tard, on abandonna très vite les traitements des cancers du col par la

voie basse et tous les chirurgiens se mirent à pratiquer l'opération de FREUND. A partir de 1900, on peut dire que l'opération de WERTHEIM est employée systématiquement ; le drainage de MIKULICZ vulgarisé en France par J.-L. FAURE donnait à cette intervention une sécurité telle que tous les chirurgiens abandonnèrent complètement la voie vaginale. Plus récemment, enfin, le radium et d'autre part la radiothérapie sont encore venus restreindre les indications de la voie vaginale ; et on les emploie couramment associés à l'hystérectomie abdominale.

Pourtant, les Allemands semblent toujours être restés fidèles à l'hystérectomie vaginale. En 1929, VON TOTH (1) apportait 406 cas d'hystérectomie vaginale pour cancers avec seulement 9 morts. AMREICH emploie lui aussi systématiquement la voie vaginale qu'il préfère à la voie abdominale. En 1933, SCHILLING (2) apporte des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col : sur 150 femmes opérées, il a eu 6 morts ; et au bout de 5 ans, 87 de ses opérées étaient vivantes (58 % de guérisons). Comme AMREICH, comme VON TOTH, il utilise la radiumthérapie comme méthode complémentaire, soit avant, soit après l'intervention. En 1932, ADLER (3) apportait une statistique de 1.000 cas d'hystérectomie

(1) VON TOTH, *Arch. für Gyn.*, t. CXXXVII, 1929, p. 902-906, *loc. cit.*

(2) SCHILLING, *Zentr. für Gyn.*, 14 janvier 1933, p. 114-117, *loc. cit.*

(3) ADLER, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1932, vol. 23, N° 3, p. 332-342.

vaginale opérés de 1920 à 1927. La mortalité qui variait entre 11 et 4 % est un peu supérieure à celle des autres auteurs allemands ; les cas de guérison après 5 ans variaient de 35 à 50 %.

En France, l'hystérectomie vaginale pour cancer était complètement tombée dans l'oubli. Il faut signaler cependant les travaux de CUNÉO et PICOT qui décrivent l'hystérectomie périnéale et ceux de QUÉNU et MOCQUOT qui utilisent au début de toute intervention pour cancer du col la libération du col, et d'une collerette vaginale par un temps vaginal. En 1931, LUZUY, dans sa thèse, discute de nouveau l'indication de l'hystérectomie vaginale pour le cancer du col ; pour lui « l'idée d'associer le radium et l'exérèse vaginale par une opération du type SCHAUTA ou CUNÉO, nous paraît être extrêmement attachante, parce qu'elle réunit à une très faible mortalité opératoire des chances acceptables de bons résultats lointains ». Il discute les indications de la voie vaginale, « toute la question nous paraît être de savoir si, grâce à la stérilisation du col utérin par une application bien dosée de radium, on ne peut pas se contenter d'une opération vaginale et obtenir d'aussi beaux résultats lointains avec une mortalité opératoire beaucoup plus faible ». Il ne conserve comme indication à l'hystérectomie vaginale uniquement les cancers à forme bourgeonnante et à évolution purement vaginale « avec culs-de-sac souples, chez une femme dont la résistance physique paraît compromise (obésité, âge, constante d'AMBARD élevée, emphysème). Nous croyons dans ces cas, parce qu'on y est autorisé par

l'état local, parce que cette conviction est renforcée par un doute sur la résistance de la malade, que l'opération par voie vaginale est préférable à l'opération de WERTHEIM ».

Les Allemands au contraire semblent étendre beaucoup plus les indications : PEHAM et AMREICH ne considèrent pas comme une contre-indication l'envahissement de la base du paramètre. La seule contre-indication est l'envahissement en hauteur, le long des flancs de l'utérus. Le diagnostic d'opérabilité est souvent difficile à faire. La plupart du temps, le toucher vaginal est insuffisant. Ils conseillent d'en compléter les données, si l'on a des doutes, en faisant ce toucher vaginal sous anesthésie générale. Un autre moyen de discrimination, étant donné la fréquence de l'association de l'infiltration inflammatoire et de l'infiltration néoplasique du paramètre, est la mise au repos des malades avec un traitement médical approprié (injections, vaccinothérapie). Il s'agit là d'un moyen auxiliaire du diagnostic qui peut rendre service dans certains cas. L'envahissement de la cloison vésico-vaginale n'est pas une contraindication, s'il n'existe pas de lésion de la muqueuse vésicale : Une cystoscopie est souvent nécessaire pour éliminer un envahissement de la vessie ; l'atteinte des parois musculaires mais qui respecte la muqueuse n'interdit pas l'intervention, et PÉHAM et AMREICH apportent deux cas où ils ont associé à l'intervention la résection d'une partie des parois vésicales.

Quant à l'envahissement de l'uretère, rare, toujours tardif, il est difficile d'y penser avant d'intervenir ;

si l'on constate en cours d'intervention un envahissement urétéral il n'y a qu'à faire une résection suivie ou non d'implantation. Ces mêmes auteurs ont, à deux reprises, réséqué un uretère ; une fois ils ont fait une implantation dans la vessie. PÉHAM et AMREICH (1) ont considérablement augmenté le degré d'opérabilité des cancers, quitte à avoir une mortalité immédiate légèrement plus forte. Cette opérabilité, qui avait été un peu restreinte autour de 1920, du fait que beaucoup de cancers étaient traités par le radium, a été de nouveau élevée à 56. % des cas de cancer du col utérin vus par ces chirurgiens. Les cas inopérables sont traités par le radium. Par ailleurs, ils utilisent systématiquement avant ou après l'intervention la radiothérapie. Ces malades subissent des séances espacées de 3 mois en 3 mois et il semble que le nombre de récidives est beaucoup moindre que lorsque l'intervention seule a été faite : Chez les malades non irradiées, les récidives apparaissent dans deux tiers des cas ; elles ne représentent que le tiers ou le quart chez les malades qui ont subi l'irradiation classique. (PÉHAM et AMREICH.)

Les arguments que les auteurs allemands apportent en faveur de l'hystérectomie vaginale, sont évidemment très séduisants. L'opération de WERTHEIM, qui est une opération très anatomique, est malgré tout grevée d'une assez lourde mortalité puisque une statistique faite en 1927 dans le *British Medical Journal*,

(1) PEHAM et AMBREICH, *Gynäkologische Operationslehre*, 1939, p. 280-421.

sur 80.000 interventions, montre que la mortalité est de 17,3 %. Elle est peut-être très séduisante d'autre part, au point de vue anatomique ; on enlève largement les paramètres ; on peut constater la présence de ganglions sur lesquels on peut tenter une exérèse : une fois l'intervention terminée, le chirurgien a l'impression d'avoir fait un geste très radical ; la question est vraiment de savoir si ce geste est suffisant ? Pour les Allemands, argument que reprend d'ailleurs LUZUY dans sa thèse, cette impression d'opération vraiment radicale que donne l'opération de WERTHEIM est trompeuse. La voie vaginale, qui est évidemment beaucoup moins logique et qui s'applique à un nombre de cas limités, donne en pratique des résultats aussi bons, sinon meilleurs, avec une mortalité beaucoup moindre même quand on élargit au maximum la limite d'opérabilité. CUNÉO et PICOT admettent que l'hystérectomie périnéale n'a une mortalité que de 4 à 5 % ; dans sa thèse, LUZUY apporte 8 observations d'opération de SCHAUTA et une opération de CUNÉO et PICOT, sans aucun incident opératoire, avec d'autre part dans 7 cas aucune récurrence entre 15 mois et 3 ans. Ils associent la radiumthérapie au traitement chirurgical. Dans ces cas l'hystérectomie vaginale est toujours une hystérectomie élargie.

Quelle est notre attitude en face de ce chapitre du traitement de cancer du col par l'hystérectomie vaginale ? Nous n'apportons que quelques observations de cancer du col traité par cette intervention et nous ne pouvons conclure en sa faveur ou contre elle, étant donné leur petit nombre. D'un point de vue théorique

les arguments des chirurgiens allemands et ceux de MICHEL BÉCHET et LUZUY (1), CUNÉO et PICOT sont séduisants. L'opération de WERTHEIM est grave, les complications post-opératoires ne sont pas rares (fistule urétérale); cette intervention ne peut rien dans la plupart des cas sur les adénopathies. En effet, l'ablation des ganglions au cours de l'intervention constitue une donnée beaucoup plus théorique que pratique : ils peuvent passer inaperçus ; SCHAUTA insiste sur la fréquence de l'envahissement des ganglions juxta-aortiques alors que les ganglions pelviens sont encore intacts. Pour le même auteur, dans 50 % des cas au moins, il n'y aurait aucune atteinte ganglionnaire.

L'hystérectomie vaginale enlève, malgré tout, la lésion et toute la base du paramètre. Ce doit être une hystérectomie élargie : le débridement à la SCHUCHARDT ou l'incision transversale périnéale de CUNÉO et PICOT, permettent d'avoir un large jour sur la base du ligament large, on peut disséquer facilement l'urètre sur une assez grande étendue. Il est préférable, dans tous les cas, de faire une hystérectomie totale avec ablation des annexes (AMREICH estime que l'envahissement direct des lymphatiques juxta-aortiques peut s'expliquer par le cheminement des cellules néoplasiques dans les lymphatiques tubo-ovariens). Dans tous les cas, donc, dissection large du para-

(1) M. BECHET et LUZUY, De l'utilité de la voie vaginale dans la chirurgie du cancer du col utérin. *Montpellier Médical*, 15 mars 1932, p. 248-260.

mètre, extirpation systématique des ganglions pelviens, quand cela est possible, tels sont les deux préceptes qui doivent présider à l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. L'intervention terminée, ainsi que le conseillent les Allemands, il faudra soumettre la malade à des séances de radiothérapie profonde, faites à titre préventif si le cancer a été opéré précocement, à titre curatif sur les métastases ganglionnaires dans le cas de cancers vus tardivement.

LES INDICATIONS D'EXCEPTION.

Nous comprenons sous cette rubrique le cas des chorioépithéliomes, des perforations utérines, d'infection utérine post-abortum ou puerpérale aiguë (1), des inversions utérines, enfin, quelques cas plus rares de tétanos, d'origine puerpérale. Parmi nos observations, nous relevons deux cas de chorioépithéliomes opérés par voie vaginale. L'une des malades a été perdue de vue, l'autre a très bien toléré l'intervention, mais est morte un an après brutalement.

M. le Prof. Agr. BERTRAND nous a confié l'observation d'une malade qu'il a opérée pour une perforation utérine, au cours de manœuvres abortives. Malgré la jeunesse de la malade, on pratique l'hystérectomie vaginale dont les suites furent remarquablement simples. Quant à l'inversion utérine, nous n'en avons

(1) COTTE, L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *II^e Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française*, 1921.

aucune expérience ; cependant, devant l'impossibilité de pratiquer une réduction manuelle, il semble évident que la seule intervention possible soit l'hystérectomie vaginale. Il s'agit là d'ailleurs d'une opération facile, tout à fait comparable à celle que l'on pratique dans le cas de gros prolapsus utérin.

En résumé, l'hystérectomie vaginale est souvent imposée par des conditions d'ordre général : obésité, femmes au mauvais état général, emphysémateuses, albuminuriques. Chez ces malades on n'a pas le droit de tenter la laparotomie, on fait courir beaucoup trop de risques, il faut s'adresser à l'hystérectomie vaginale : simple, rapide, peut shockante, elle offre toutes les garanties de sécurité. Parmi les indications majeures, nous retiendrons toutes les métrites hyperplasiques pour lesquelles le diagnostic différentiel avec le cancer est très difficile ; les fibromes, les polypes infectés, sphacelés ou hémorragiques ; les cancers du corps, enfin les prolapsus des vieilles femmes s'accompagnant de lésions ulcéreuses du col ou de fibromes. Quant aux autres indications, en particulier cancers du col, elles restent pour nous des indications d'exception : l'hystérectomie vaginale dans ce cas peut être associée à la radiothérapie chez des malades qui ne pourraient supporter l'opération de WERTHEIM.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Nous apportons 245 observations d'hystérectomie vaginale. Elles ont été pratiquées par M. le Professeur COTTE, soit dans son service hospitalier, et à la Clinique gynécologique depuis qu'il en est le titulaire, soit enfin dans sa clientèle privée. Sur ce total, une quarantaine d'observations appartiennent à M. le Professeur Agrégé BERTRAND : les unes ont été prises dans le service de M. le Professeur COTTE, les autres appartiennent à des malades de sa clientèle.

Nous croyons inutile de présenter intégralement toutes les observations de chacune de ces malades ; nous nous contenterons d'en faire une étude analytique en signalant toutefois les cas intéressants du fait de l'indication ou de la technique employée, enfin des complications.

Parmi ces 245 observations, nous avons établi une classification suivant les indications et elles sont divisées en quatre grands groupes :

— Métrites hyperplasiques.....	107
— Fibromes	96
— Prolapsus	18
— Cancers.....	21
Et un groupe accessoire :	
— Indications exceptionnelles	3

A. Indications suivant l'âge.

Age	Métrites	Fibromes	Prolapsus	Cancers	Indications exceptionnelles
30-40	9	8	—	1	27 ans
40-50	71	63	5	7	2 —
50-60	19	19	6	6	
60-70	4	—	5	4	
70-75	1	1	1	1	

Pour 11 observations, l'âge n'a pas été spécifié.

Plus des 4/5 des malades ont un âge compris entre 40 et 60 ans. En dehors de contre-indications formelles (obésité, mauvais état général) nous préférons toujours chez la femme jeune la laparotomie, qui seule permet une chirurgie conservatrice.

B. Indications suivant l'affection causale.

1^o **Métrites hyperplasiques** : 107 cas.

Dans la plupart des cas il s'agissait de métrites

rebelles sans aucun autre caractère spécial ; cependant nous relevons quelques cas particuliers :

Métrite avec gros col métritique	9
— — rétroversion (dont une pyométrie).....	7
— + lésions annexielles :	
Ovarite sclérokystique bilatérale	5
— — unilatérale	3
Kyste folliculaire	1
Tumeur de la granulosa	1
Hydrosalpinx + hématosalpinx	1
Métrite + intervention antérieure :	
Myomectomie 4 ans avant	1
Curettage (échec).....	1

2° Fibromes ou utérus fibromateux : 96 cas.

Sur ce total il faut noter :

Fibromes + lésions annexielles :	
Kyste de l'ovaire	3
Annexite ancienne.....	3
Annexite suppurée	1
Hydrosalpinx	1

Fibromes + intervention antérieure :	
Hystéropexie (10 ans avant).....	2
Amputation du col (2 ans auparavant).....	1
Polypectomie (6 mois ; 2 ans avant).....	2
Myomectomie (7 ans avant).....	1
Radiothérapie (6 mois avant : échec).....	1
Curettage (1 an avant : échec).....	1

Fibromes + intervention préalable :	
Polypectomie (3, 6, 10 jours avant).....	3
Myomectomie.....	4

3^o Prolapsus : 18 cas.

Sur ces 18 cas :

Prolapsus + col ulcéré :

Cancer découvert par biopsie	1
— — en cours d'intervention:.....	2
Col ulcéré.....	7

Prolapsus + myome.....	3
— + paramétrite	2

Prolapsus + opération antérieure :

Ligamentopexie.....	1
— + périnéorrhaphie	1
— + Schauta	1

Dans tous les cas de prolapsus, il s'agissait de prolapsus du 2^e ou 3^e degré, s'accompagnant de cysto-rectocèle ; dans un cas, en particulier, il y avait une éversion complète de la muqueuse vaginale. Trois malades avaient subi des interventions : l'une une hystéropexie ; l'autre avait été opérée à deux reprises : une première fois 25 ans auparavant : hystéropexie ; une deuxième fois, quelques mois avant l'intervention : SCHAUTA + périnéorrhaphie postérieure. La dernière enfin avait eu une ligamentopexie suivie de périnéorrhaphie.

A quatre reprises nous avons dû renoncer à l'interposition, étant donné les lésions associées au prolapsus, et faire une hystérectomie vaginale.

4^o Cancers : 21 cas.

Cancer du corps utérin	17
— de l'isthme.....	1
— du col	3

Dans deux cas de cancer du col existait une annexite adhérente. Un des cancers du corps avait subi sans succès, six mois auparavant, un traitement radiothérapique pour métrite : il s'agissait en fait d'un cancer du corps associé à une métrite hyperplasique.

5° Indications exceptionnelles : 3 cas.

Chorio-épithéliome	2
Perforation utérine.....	1

Ces trois dernières observations sont toutes intéressantes.

Chorio-épithéliomes.

OBSERVATION I.

M^{me} Ch..., 40 ans, vient consulter pour des pertes. Elle est opérée avec le diagnostic de myome. Le 18 janvier 1938, *intervention* (Prof. COTTE) : on cherche d'abord à faire une subtotalité ; il existe un petit myome du fond ; le fond enlevé on trouve à l'intérieur de la cavité utérine une petite masse placentaire qui fait penser à un chorio-épithéliome. On totalise.

Réponse histologique : tumeur déciduale maligne.

Revue le 25 mars 1938, avec une cicatrice souple et un bon état général.

OBSERVATION II.

M^{me} L..., 38 ans, envoyée pour des hémorragies du post-partum ; a eu 8 grossesses dont 2 gémellaires.

Dernier accouchement le 28 janvier 1938 ; accouchement à terme, spontané, suivi d'une délivrance normale, sans hémorragie, sans fièvre. A partir du quatrième jour après l'accouchement, la malade a commencé à perdre en rouge, d'une façon continue.

A l'examen: malade obèse (110 kg.), avec un ventre en besace, effroyablement *adipeux*.

Au toucher: col déchiqueté, mais dont l'orifice est fermé ; utérus très gros.

Diagnostic clinique: rétention placentaire.

Intervention le 25 mai 1938 (D^r BERTRAND) : anesthésie générale à l'éther. Dilatation, curettage utérin qui ramène d'énormes débris placentaires et qui siègent sur le fond utérin au niveau de la corne droite ; la cavité utérine est d'une longueur qui dépasse les dimensions de l'hystéromètre.

Réponse histologique: chorio-épithéliome.

Le 8 juin 1938 : la malade saigne abondamment depuis le matin. Au toucher col béant, utérus très gros.

Le 9 juin 1938 : tamponnement vaginal.

Pendant 15 jours, la fièvre oscille entre 38° et 39° et descend progressivement à partir du 24 juin 1938.

Depuis qu'on a reçu la réponse histologique, on hésite pour la conduite à tenir. Il est évident que l'indication de l'hystérectomie est formelle, mais la voie abdominale est interdite par l'obésité de la malade. La voie vaginale paraît impossible, à cause du volume de l'utérus, qui certainement ne passerait pas par la voie basse.

Le 2 juillet 1938 : à l'occasion d'un nouvel examen on est surpris de constater que l'utérus a diminué de volume. On se décide à tenter une hystérectomie vaginale.

Intervention le 7 juillet 1938 (D^r BERTRAND) : anesthésie générale à l'éther. Hystérectomie vaginale par colpotomie antérieure et bascule antérieure de l'utérus. Celui-ci est très gros ; on l'accouche avec beaucoup de précautions, car il est mou. Ses dimensions sont telles qu'il ne passe que parce que le vagin est très large et que la malade a eu 8 accouchements.

Deux mèches.

Suites: troublées par une phébite pelvienne.

Examen histologique: chorio-épithéliome.

Revue en novembre 1938 : excellent état ; la malade a repris ses occupations de ménagère et ne se plaint d'aucun trouble.

En décembre 1939 : on apprend que la malade est morte subitement (embolie pulmonaire ?).

Perforation utérine (D^r BERTRAND).

OBSERVATION III.

M^{me} B..., 27 ans ; vue le 14 janvier 1935, à 23 heures, au service d'urgence. Envoyée par le Docteur BROCHIER, accoucheur de garde.

Il y a 6 jours, curage digital par X..., pour faussé-couche. Depuis, température à 40°. Ce matin, hémorragie considérable.

Le 14 janvier 1935, à 22 h. 30, le Docteur BROCHIER fait un nouveau curage et est tout surpris de trouver une perforation de l'isthme sur la paroi postérieure et une rétention placentaire. La malade est saignée à blanc.

Intervention après transfusion (D^r BERTRAND). Éther goutte à goutte.

Hystérectomie vaginale par bascule antérieure, difficile du fait du volume et de la mollesse de l'utérus. Pince à demeure sur l'utérine gauche. Mikulicz vaginal.

Examen de la pièce : rétention placentaire à odeur putride ; perforation immense de la paroi postérieure de l'isthme de la dimension d'une paume de main. Les suites ont été simples, à part une phlébite gauche. - La malade sort guérie de l'hôpital.

C. Technique utilisée.

1^o INTERVENTIONS PRATIQUÉES :

	Métrites hyper- plasiques	Fibromes	Prolapsus	Cancers	Indica- tions excep- tionnelles
Hystérectomie avec conservation.....	46	33	5	20	1
Hystérectomie sans conservation.....	61	61	11	1	2
Hystérectomie sub- totale.....		2	2		

Dans tous les cas, la ligature systématique des pédicules a été pratiquée ; 3 fois seulement, on a dû laisser des pinces à demeure.

2^o VARIANTES TECHNIQUES VENANT DE :

	Métrites hyper- plasiques	Fibromes	Prolapsus	Cancers
a) <i>Difficultés opératoires.</i>				
Hémisection.....	1			2
Morcellement				2
Myomectomie préalable ..		4		
Épisiotomie.....	6	5		3
Amputation du col	2			
b) <i>Indications.</i>				
Colpo-hystérectomie			7	
H. V. : Lefort			3	
H. V. subtotale + interpo- sition du col.....			2	
Myorrhaphie des releveurs ..	40	17	7	
Colporraphie antérieure ..	3	1	2	
Curettage suivi d'H. V. ...				2

D. Incidents et accidents opératoires.

I. Rupture de l'isthme : 2.

Dans les 2 cas, il s'agissait de cancer du corps ; 1 fois, on a dû terminer par une hémisection : la malade est morte 48 heures après de pelvi-péritonite ; 1 fois, le morcellement a été nécessaire pour mener à bien l'intervention : la malade a fait une récédive sur la cicatrice vaginale 3 mois après.

II. Blessure de la vessie : 7.

4 fibromes : dans 1 cas, on s'aperçut de la blessure, et la vessie fut suturée : suites simples. Dans 3 cas, c'est dans les suites opératoires que les malades présentèrent des fistules vésico-vaginales qui, rétrospectivement, firent penser à la blessure de la vessie. L'une a guéri spontanément au bout de 2 mois, l'autre opérée 1 mois et $\frac{1}{2}$ après l'hystérectomie vaginale a guéri sans incident ; la dernière qui avait présenté des suites assez troublées ne put être suturée secondairement, et l'on dut pratiquer un colpocléisis, haut.

2 cancers du corps : 1 fois la vessie adhérait, suture ; la malade fit une phlébite mortelle le 11^e jour. Dans l'autre cas, l'hystérectomie vaginale avait été rendue très difficile du fait de la présence de myomes utérins ; la malade fit une fistule vésico-vaginale qui guérit spontanément au bout de deux mois.

Un prolapsus avec cancer du col : on s'aperçut de la blessure de la vessie qui fut suturée ; la malade est morte de pneumonie le 4^e jour.

III. Blessure du rectum : 2.

2 fibromes ; 1 myome du volume d'une tête de fœtus : blessure du rectum, suture en deux plans, suites simples ; 1 fibrome irradié sans succès depuis 6 mois, accompagné d'une salpingite droite : petite brèche dans le rectum, suture en deux plans, suites simples.

IV. Hémorragie en cours d'intervention : 3

L'une d'elles imposa un tamponnement fait dans des conditions difficiles ; la malade mourut le 4^e jour de péritonite secondaire. Les deux autres obligèrent le chirurgien à laisser des pinces à demeure, qui furent enlevées sans incident.

E. Complications post-opératoires.

I. Shock : 4.

Dans 3 cas il s'agissait de malades porteuses de fibromes qui sont mortes le soir même de l'intervention ; dans 1 cas, il s'agissait d'une malade au mauvais état général, opérée 15 jours auparavant de cholécystostomie : l'hystérectomie vaginale montra en outre la présence d'une tumeur de la granulosa ; la malade est morte une heure après l'intervention par collapsus cardiaque avec hyperthermie à 41.

II. Hémorragie : 5.

3 malades ont guéri : l'une par un simple tamponnement suivi de transfusion ; les deux autres ont été reprises par voie abdominale : L'une et l'autre ont guéri.

Deux sont mortes : la première qui avait subi un tamponnement et une transfusion est morte de péritonite secondaire au 5^e jour. La seconde est morte d'hémorragie foudroyante malgré 2 transfusions.

III. Pelvi-péritonite (péritonite diffusante), (cellulite pelvienne) : 6.

Dans 3 cas, il s'agissait de fibrome avec polype intra-utérin : la mort survint aux 6^e, 7^e et 8^e jour ; les

malades présentaient de la température. aucune réaction péritonéale franche, aucun signe pulmonaire.

Dans 3 cas, il s'agissait de cancer : les malades sont mortes les 2^e, 3^e et 9^e jour ; ce dernier cas est intéressant : en effet, la malade qui allait bien jusqu'à ce moment, se mit à présenter de la température dans les jours qui suivirent l'ablation de la mèche vaginale ; il semble bien que dans ces cas, il faille invoquer une pelvi-péritonite frustre, à symptomatologie minima, pour expliquer la mort.

IV. Complications vasculaires : 16.

13 phlébites dont 3 doubles ; l'une entraîna la mort. 1 embolie mortelle. 2 infarctus dont 1 mortel.

Il faut signaler que sur toutes ces complications vasculaires, 15 malades avaient subi des hystérectomies vaginales sans conservation.

V. Complications pulmonaires : 5.

1 congestion pulmonaire banale. 4 pneumonies ayant, toutes quatre, entraîné la mort.

VI. Complications urinaires : 8.

Troubles urinaires vagues...	2
Pyélonéphrite	1
Fistules vésico-vaginales...	4 (déjà signalées dans le chapitre des accidents opératoires).
Anurie	1, avec décès le troisième jour.

VII. Complications diverses.

Complications locales :

Abcès péri-rectal.....	1
Hématome de la cicatrice vaginale.....	2
Réactions annexielles après H. V. avec conservation	1
Cystorectocèle	3
Prolapsus de la muqueuse urétrale.....	1
Prolifération de la cicatrice vaginale :	
Banale	3
Récidive néoplasique	2
Récidive néoplasique ligament lombo-ovarien.....	1

Complications générales :

Parotidite.....	1
Phlegmon périnéphrétique	1
Troubles de castration + vaginisme	1
Prurit vulvaire	4
Fièvre (38°, 38° 5) pendant plus de 5 jours : le tiers des cas environ.	

En effet, les malades qui viennent de subir une hystérectomie vaginale présentent dans les suites immédiates un peu de fièvre, 38°, 38° 5 ; elles vont pourtant très bien, ne se plaignent d'aucun trouble, ont un ventre souple, ne présentent aucun symptôme urinaire. Il s'agit souvent d'une simple rétention de sérosité au fond de la plaie vaginale : nous en voulons

pour preuve la chute complète de la température qui succède à un toucher vaginal doux, fait vers le huitième jour, lorsque la malade a une fièvre persistante ; ce toucher vaginal semble faciliter l'écoulement de la sérosité, vraisemblablement due à la résorption des moignons de ligatures. Nous n'avons pu établir d'une façon précise la proportion de ces malades qui restent fébriles dans les suites immédiates : on peut évaluer à environ le tiers des opérées le nombre des malades qui présentent de tels incidents. Peut-être faut-il aussi invoquer comme cause favorisante la mise en place de mèche sans que le péritoine soit suturé.

Durée moyenne de l'hospitalisation.

Tous les auteurs insistent beaucoup sur la rapidité de la guérison des opérées d'hystérectomie vaginale : dans un récent article, AVERETT disait que la moyenne d'hospitalisation de ses opérées était de 14 à 15 jours. Pour notre part, en ce qui concerne les fibromes, les métrites de la ménopause, 88 % des opérées ont quitté l'hôpital ou la clinique au plus tard 30 jours après l'intervention ; la majorité des malades (75 %), sortent de l'hôpital ou de la clinique entre le quinzième et le vingt-cinquième jour. Les malades opérées de prolapsus ou les malades qui ont présenté des incidents ou des accidents post-opératoires (phlébites, fistules vésico-vaginales, persistance de pertes séro-sanguines) représentent 12 % de la totalité des opérées.

F. Conclusions

Ainsi, sur 245 observations nous relevons 20 décès répartis de la façon suivante :

Métrites hyperplasiques : 107. Décès : 4 (anurie 1, shock 1, hémorragie 2).

Fibromes : 96. Décès : 10 (shock 3, pelvi-péritonite 3, pneumonie 2, embolie 1, infarctus 1).

Prolapsus : 18. Décès : 1 (pneumonie 1).

Cancers : 21. Décès : 5 (cellulite pelvienne 3, phlébite 1, pneumonie 1).

Indications exceptionnelles : 3. Un décès tardif qui n'entre pas dans le cadre de la mortalité opératoire.

La mortalité globale est donc de 8 %. Si nous déduisons les cas de pneumonie, d'infarctus, de phlébite, d'embolie, la mortalité tombe à 5,29.

Nous avons cru intéressant de classer les observations suivant les indications et d'après la date de l'intervention ; nous avons divisé en quatre tranches la répartition des différents cas pour établir ces deux tableaux.

TABLEAU I.

	Métrites	Fibromes	Prolapsus	Cancers		Indica- tions excep- tionnelles
				Corps	Col	
1924-1925 ..	33 (1 d.)	40	3	1 (1 d.)	0	0
1925-1930 ..	20	43	2	4 (1 d.)	0	0
1930-1935 ..	26 (1 d.)	24 (4 d.)	1	6 (2 d.)	0	0
1935-1940 ..	48 (2 d.)	49 (6 d.)	12 (1 d.)	7	3 (1 d.)	3
	107 (4 décès)	96 (10 décès)	18 (1 décès)	21 (5 décès)		3

Ce dernier tableau résume la mortalité opératoire suivant les années :

TABLEAU II.

	Nombre d'interventions	Décès
1924-1925 ..	37	2
1925-1930 ..	39	1 pneumonie
1930-1935 ..	57	7 dont { 1 pneumonie 1 phlébite 1 embolie
1935-1940 ..	122	10 dont { 2 pneumonies 1 infarctus

Ces deux tableaux imposent quelques réflexions : on a considérablement augmenté le nombre des indi-

cations de l'hystérectomie vaginale pendant ces cinq dernières années et, déduction faite des morts qui sont signalées dans le deuxième tableau, morts qu'on ne peut imputer à l'hystérectomie vaginale elle-même, il faut remarquer que la mortalité n'a pas augmenté considérablement ; elle oscille entre 5 et 5,7 %. D'autre part, une deuxième remarque est nécessaire lorsqu'on considère le premier tableau : c'est la grosse quantité de morts dans le cas de fibromes opérés de 1930 à 1940.

Dans la première série (1930-1935), nous relevons 4 morts. Dans un cas, il s'agissait d'un gros polype intra-utérin ayant nécessité un débridement vulvaire au cours de l'intervention : la malade est morte au huitième jour de péritonite secondaire. Dans un autre cas, il s'agissait d'un gros myome sous-muqueux du volume d'une tête de fœtus qui faisait saillie à travers le col. La myomectomie fut impossible, l'hystérectomie fut réalisée avec de très grandes difficultés ; la malade est morte d'infarctus pulmonaire le quatorzième jour. La troisième observation est celle d'une malade qui avait eu des suites normales ; elle est morte d'embolie le huitième jour. Quant à la dernière observation, c'est celle d'une femme de 73 ans qui mourut de pneumonie le septième jour.

Dans la deuxième série (de 1935 à 1940), 6 opérées sont mortes de shock. L'une avait subi une hystérectomie vaginale pour un myome hémorragique du volume d'une orange. L'autre fit une chute tensionnelle de 17 à 7, avec hyperthermie à 41°, qui entraîna rapidement la mort. Deux autres sont mortes de

pelvi-péritonite : l'une avait subi quelques années auparavant une ligamentopexie ; l'autre présentait outre des fibromes utérins, un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Un décès est dû à une pneumonie, douze jours après l'intervention. Enfin, une malade de 46 ans, hypertendue à 26, albuminurique, est morte de collapsus le soir même de l'opération.

De toutes ces observations, on peut tirer les conclusions suivantes : Pratiquement la mortalité ne s'est pas accrue malgré un élargissement des indications. Les cas particuliers des fibromes compris dans la période 1930-1940 où la mortalité semble plus élevée, montrent simplement que nous avons toujours réservé l'hystérectomie vaginale aux indications qui lui revenaient ; et il est bien évident que ces malades prises par voie abdominale seraient mortes de la même façon, alors que beaucoup de cas semblables sur les observations que nous apportons ont guéri très simplement.

CONCLUSIONS

I. L'hystérectomie vaginale qui a connu, surtout dans la seconde moitié du XIX^e siècle, une fortune éclatante, ne mérite pas le discrédit dans lequel l'a reléguée depuis, l'hystérectomie abdominale.

Sa technique précise et simplifiée, ses indications bien posées, ses bons résultats, permettent de lui conserver aujourd'hui une place importante dans la technique gynécologique moderne.

II. En pratique, l'hystérectomie vaginale, le plus souvent totale, peut être réalisée par trois procédés surtout :

— L'abaissement progressif (procédé de la descente),

— La bascule antérieure,

— La bascule postérieure.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée par bascule antérieure.

Elle se termine soit à péritoine ouvert, soit mieux

à péritoine fermé, mais dans l'un et l'autre cas, après fixation aux angles du vagin des pédicules vasculaires des annexes et du ligament rond.

Il faut pourtant se rappeler certains artifices qu'il peut être utile de connaître, et qui peuvent être d'un précieux secours : l'hémisection, le morcellement, la myomectomie préalable, l'amputation préalable du col, le débridement vulvaire.

Il est très souvent utile d'adjoindre, comme temps complémentaire, à l'hystérectomie vaginale, une périnéorrhaphie postérieure avec myorrhaphie des releveurs, voire même une colporraphie antérieure.

III. Les indications de l'hystérectomie vaginale méritent d'être précisées :

a) Certaines conditions anatomiques rendent l'hystérectomie vaginale possible : l'utérus ne doit pas être trop gros, ni trop friable ; il doit être mobile ou mobilisable, facilement abaissable ; le vagin doit être suffisamment ample ; il doit être souple, non cicatriciel ; les déchirures anciennes du périnée consécutives à l'accouchement rendent l'intervention souvent plus facile.

b) Les reproches que l'on peut adresser à l'hystérectomie vaginale, d'être radicale, aveugle, dangereuse (par les risques de blessure de l'intestin, de la vessie, des uretères ; par les risques d'hémorragie), ne doivent pas être retenus si les indications sont bien posées et si l'on sait utiliser une technique précise et sûre.

c) Par contre, les avantages en sont évidents : facilité, simplicité, rapidité, shock minime, absence de cicatrice et d'éventration, possibilité de refaire la sangle musculaire des releveurs.

d) L'hystérectomie vaginale est surtout indiquée chez les femmes déjà âgées, celles qui ont un état déficient, chez les obèses, les emphysémateuses, les albuminuriques, les cardiaques.

e) Les indications sont surtout à discuter dans les différentes affections gynécologiques qui peuvent conduire à une hystérectomie :

— Dans les annexites, l'hystérectomie vaginale nous paraît contre-indiquée parce qu'elle ne fait pas la part assez large aux conservations possibles.

— Dans les fibromes, les polypes intra-utérins, elle peut rendre de très grands services, lorsque l'état général de la malade interdit formellement la laparotomie ; elle est souvent la seule intervention possible chez les malades porteuses de fibromes ou de polypes hémorragiques et gangrenés. Cependant elle doit céder le pas à la laparotomie chez toutes les femmes pour lesquelles on peut espérer faire une myomectomie.

— Dans les métrites hyperplasiques, lorsque le traitement médical n'a pas suffi à arrêter les pertes, il est classique d'opposer dans les indications, hystérectomie vaginale et traitement physiothérapique ; ce dernier impose un diagnostic sûr qu'il est parfois difficile d'établir ; le curettage n'apporte pas toujours une réponse certaine ; il peut même induire en erreur.

Au contraire, l'hystérectomie vaginale, qui est le plus souvent facile, permet de lever tous les doutes et de guérir définitivement ces malades.

La coexistence de lésions inflammatoires chroniques du col est un argument de plus en faveur de l'intervention radicale ; de même l'affaiblissement du périnée, puisqu'on peut faire en même temps la restauration.

— Les prolapsus : l'hystérectomie vaginale seule n'est pas un traitement du prolapsus ; elle n'est indiquée que lorsqu'il existe outre le prolapsus, des lésions du col, un utérus fibromateux ou métritique qui ne permettent pas de laisser l'utérus en place sans inconvénient. On devra toujours associer à l'hystérectomie vaginale, la colpectomie et la périnéorraphie postérieure.

— Les cancers du corps représentent l'indication-type de l'hystérectomie par voie basse ; opération rapide, peu shockante, réalisant une exérèse suffisante du cancer, elle sera souvent préférée à l'hystérectomie abdominale, chez des malades déjà âgées et à l'état général médiocre.

— Les cancers du col : il s'agit d'un chapitre encore très discuté ; nous ne pouvons que retenir, comme assez séduisant, le principe qui associe l'hystérectomie vaginale à la radiumthérapie pré ou post-opératoire.

— Enfin, il est des indications exceptionnelles de l'hystérectomie vaginale : chorio-épithéliome, inversion utérine, perforation utérine, infection puerpérale aiguë ; opération héroïque, elle peut sauver des malades qui ne sauraient supporter une laparotomie.

IV. Nous apportons les observations de 245 malades opérées de 1921 à 1941, par M. le Professeur COTTE et par M. le Professeur agrégé Pierre BERTRAND. Sur ce total nous relevons les accidents opératoires et postopératoires suivants :

— Au cours de l'intervention : l'isthme s'est rompu deux fois ; la vessie a été blessée sept fois : dans 3 cas, elle fut suturée ; dans 4 cas, les malades présentèrent ultérieurement les fistules vésico-vaginales (une seule nécessita un colpocléisis haut) ; deux plaies du rectum suturées, guérirent sans incident ; une hémorragie grave nécessita un tamponnement : la malade mourut de pelvi-péritonite secondaire.

— Après l'intervention : 4 malades sont mortes de shock ; sur 5 hémorragies post-opératoires, 2 malades sont mortes ; 6 opérées ont fait des pelvi-péritonites ayant entraîné la mort.

La mortalité globale est de 8 %.

Si l'on en déduit les cas où la mort n'est pas imputable à l'intervention elle-même, cette mortalité tombe à 5,29 %.

Bien que les indications de l'hystérectomie vaginale ait été élargies ces dernières années, la mortalité n'a pas varié.

Ce chiffre peut paraître assez élevé ; on ne peut cependant pas l'opposer à celui de la mortalité par hystérectomie abdominale : ces deux interventions ne s'adressent en effet pas aux mêmes malades ;

beaucoup de malades guéries par l'hystérectomie vaginale, seraient mortes si elles avaient dû subir une laparotomie.

Enfin il ne faut pas oublier que la plupart des opérées présentaient un mauvais état général qui avait contre-indiqué formellement la laparotomie.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COTTE.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 3 avril 1941.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P.-E. GAUD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE	15
CHAPITRE II. — TECHNIQUE.	
A. <i>Les temps préliminaires</i>	58
B. <i>La technique proprement dite :</i>	
1 ^o Préparation du champ opératoire	62
2 ^o L'ablation de l'utérus :	
<i>(Planches hors-texte).</i>	
a) Par descente	64
b) Par bascule antérieure	68
c) Par bascule postérieure	71
L'hémostase	71
3 ^o Terminaison de l'opération :	
a) Fixation du vagin ; péritoine ouvert ...	74
b) Fixation du vagin ; péritoine fermé ...	74
c) Épilogue : la myorraphie postérieure ...	75
C. <i>Les procédés d'exception dans l'hystérectomie vaginale :</i>	
a) Les variantes tenant à l'état local	77
b) Les variantes techniques dépendant de l'indication	79
c) L'hystérectomie vaginale subtotale	82
D. <i>Les suites opératoires</i>	84
CHAPITRE III. — INDICATIONS :	
I. <i>Les conditions anatomiques qui rendent l'hystérectomie vaginale possible :</i>	

1° Utérus pas trop volumineux.....	89
2° Utérus pas trop friable.....	91
3° Utérus mobile ou mobilisable, facilement abaissable	92
4° Le col tracteur.....	93
5° Les parties molles : vagin, périnée.....	94
6° Les reproches que l'on peut adresser à l'hystérectomie vaginale.....	95
7° Les avantages de l'hystérectomie vaginale.....	102

II. *Les indications de l'hystérectomie vaginale :*

1° Indications d'ordre général.....	105
2° Indications d'ordre local, résultant de l'affection causale	107
Les affections annexielles.....	108
Les affections utérines :	
a) Fibromes, polypes utérins	116
b) Métrite hyperplasique	123
c) Les cols suspects	125
d) Prolapsus.....	126
e) Cancer du col et du corps utérin.....	131
Les indications exceptionnelles.....	142

CHAPITRE IV. — RÉSULTATS :

A. Les indications suivant l'âge.....	146
B. Les indications suivant l'affection causale....	146
C. Technique utilisée :	
1° Interventions pratiquées.....	152
2° Variantes techniques	152
D. Incidents et accidents post-opératoires.....	153
E. Complications post-opératoires.....	155
F. Conclusions : la mortalité dans l'hystérectomie vaginale	159

CONCLUSIONS.....	163
------------------	-----

Imprimerie Emmanuel VITTE
177, avenue Félix-Faure, LYON

27.491



